616
Г83

БИБЛИОТЕКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

М. Г. Григ

ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК

КНИГА ДОЛЖНА БЫТЬ
ВОЗВРАЩЕНА НЕ ПОЗЖЕ
УКАЗАННОГО ЗДЕСЬ СРОКА

26.XI.-174

Колич. пред. выдач ______

616
Г83

15633

М. Г. Григ

ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК

ИЗДАТЕЛЬСТВО „МЕДИЦИНА“
Москва 1967

Г. Щитская
сельская библиотека

УДК 616.216-002.2-02:616-0563

ГРИГ МАЙЯ ГРИГОРЬЕВНА

Хронический тонзиллит и заболевания почек

Редактор *Р. В. Хоперия*
Техн. редактор *В. И. Табенская.* Корректор *Л. Я. Ракитина*
Художественный редактор *Ф. Мороз*

Сдано в набор 11/X 1966 г. Подписано к печати 16/II 1967 г. Формат бумаги $84 \times 108^{1}/_{32}$. 3,75 печ. л. усл. л. 6,30, 6,50 уч.-изд. л. Бум. тип. № 2. Тираж 10 000 экз. МБ-55

Издательство «Медицина». Москва, Петроверигский пер., 6/8.

Ярославский полиграфкомбинат Главполиграфпрома Комитета по печати при Совете Министров СССР. Ярославль, ул. Свободы, 97.
Заказ № 884. Цена 33 коп.

5—3—11
193—67 г.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Советскими и зарубежными учеными к настоящему времени накоплено много достоверных сведений по вопросам этиологии, патогенеза, клиники и профилактики ангины и хронического тонзиллита. Однако многие стороны тонзиллярной проблемы нуждаются еще в более детальном изучении. В частности, это относится к вопросам о связи патологии лимфаденоидного глоточного кольца с заболеваниями других органов и систем.

В последние годы появились реальные возможности в более ранние сроки диагностировать так называемые метатонзиллярные (тонзиллогенные) заболевания, т. е. заболевания, возникшие вслед за перенесенной ангиной или на почве имеющегося у больного хронического воспаления миндалин.

В представляемой вниманию читателей книге кандидата медицинских наук М. Г. Григ детально рассмотрены вопросы возникновения заболеваний почек, связанных с патологией лимфаденоидного глоточного кольца. На основе глубокого анализа большого числа клинических наблюдений, проведенных автором в клинике болезней уха, горла и носа I Московского ордена Ленина и ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени И. М. Сеченова совместно с терапевтическими клиниками и клиникой детских болезней того же института, даны научно обоснованные выводы, имеющие большое значение для практики советского здравоохранения.

В книге детально рассмотрены особенности обследования больных с заболеваниями лимфаденоидного глоточного кольца и патологией почек. Описаны показания и противопоказания к тонзиллэктомии у таких больных, подробно освещены особенности предоперационной подготовки, методика операции и ведения послеоперационного периода.

Автором убедительно показано большое значение санации лимфаденоидного глоточного кольца в профилактике заболеваний почек.

Актуальность темы, ее всестороннее освещение на современном научном уровне, обобщения, имеющие большое практическое значение, позволяют надеяться, что книга окажется весьма полезной не только для оториноларингологов, но и для широкого круга врачей других специальностей, в первую очередь для терапевтов и педиатров.

Член-корреспондент АМН СССР,
заслуженный деятель науки проф. А. Г. Лихачев

ВВЕДЕНИЕ

Проблема профилактики и лечения ангин и хронического тонзиллита относится к одной из самых актуальных в медицине. В течение последних десятилетий это одна из ведущих проблем научной и практической отоларингологии, клинически сложная, являющаяся одновременно и общепатологической. Отдельные вопросы тонзиллярной проблемы выходят за пределы отоларингологии, и неполная комплексность изучения ее разными специалистами привела к тому, что достигнутые успехи пока еще далеко не достаточны.

Ангина и хронический тонзиллит являются формой патологии, которая влечет за собой не только временную нетрудоспособность. Появляющиеся в определенном числе случаев так называемые тонзиллогенные заболевания (ревматизм, затяжной септический эндокардит, инфекционный полиартрит, острый и хронический нефрит, пиелит, тиреотоксикоз и т. д.) могут привести к длительной нетрудоспособности или инвалидности.

Из всех заболеваний, трактовавшихся как тонзиллогенные, со временем выделилась сравнительно небольшая группа болезней, при которых инфекция и интоксикация из миндалин в ряде случаев действительно играют существенную роль в их возникновении и течении. К таким заболеваниям прежде всего надо отнести ревматизм и нефрит.

Профилактическое направление советской медицины, то сугубое внимание, которое уделяется Коммунистической партией и Советским правительством вопросам охраны здоровья трудящихся, требуют дружной и комплексной разработки вопросов медицины, с которыми связана возможность снижения заболеваемости и улучшения состояния здоровья населения. Сюда относится и актуальность совместного изучения проблемы ангин и хро-

нического тонзиллита отоларингологами, терапевтами, педиатрами, микробиологами и др.

В многочисленных работах, посвященных тонзиллярной проблеме, отражены вопросы этиологии, патогенеза, патологической анатомии, клиники, диагностики и лечения ангин и хронического тонзиллита. Ряд работ затрагивает связь ангин и хронического тонзиллита с другими заболеваниями (А. Г. Арустамова, В. Н. Виноградов, М. С. Вовси, В. И. Воячек, С. А. Гиляревский, Л. Е. Комендантов, Л. Т. Левин, В. Г. Молотков, С. Ф. Олейник, Б. С. Преображенский, Ц. А. Рогинская, С. И. Рыскин, Б. М. Сагалович, Е. М. Тареев, Т. И. Чубаров, Dickson, Lüscher, Spreng, Volhard и др.). Основное внимание уделяется поражению сердечно-сосудистой системы и суставов. Очень мало, подчас лишь вскользь, говорится о заболеваниях почек. Между тем они составляют обширный раздел среди других заболеваний внутренних органов.

Первый Всероссийский съезд терапевтов (1960) отметил уменьшение числа почечных заболеваний из года в год. Однако таких больных еще тысячи, поэтому изучение заболеваний почек, углубление диагностики и улучшение методов лечения должны проводиться неустанно и более широко, чем до сих пор.

Хронический тонзиллит, по нашим данным, приводит к осложнениям со стороны почек в 5,47% случаев. Эта цифра говорит о том, что почти у 6 из 100 человек, болеющих хроническим тонзиллитом, возникает заболевание почек. Нефрит же влечет за собой длительную нетрудоспособность, а при переходе в хроническую форму прогноз плохой. Эти мотивы побудили нас поделиться своими наблюдениями и опытом лечения больных хроническим тонзиллитом, страдающих заболеваниями почек.

ГЛАВА I

ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ

Функция и роль миндалин

Небные миндалины достигают полного развития на 2-м году жизни человека. Около 14—16 лет уже можно в ряде случаев отметить, что миндалины вступают на путь регресса, начиная уменьшаться в объеме. В это время они отличаются меньшей сопротивляемостью инфекции, хотя и не утрачивают еще характерных черт и особенностей своего строения — бухты, крипты и т. д. (К. А. Орлеанский, Н. П. Симановский, А. В. Беляев, В. Н. Зак, Н. Н. Кремнев, Н. Г. Шеремет-Щербак).

Вопрос о функции небных миндалин возник давно и интересовал специалистов с разных точек зрения. Отоларингологи были заинтересованы в выяснении вопроса о безвредности для человека операции удаления миндалин. Физиологи решали проблему значения миндалин и характера их функций. Интернисты задумывались над осложнениями, которые появляются со стороны внутренних органов при патологии миндалин. Все это повлекло за собой изучение функции миндалин. По этому поводу возник ряд гипотез и подчас противоречивых мнений.

Б. В. Верховский приводит параллельно существовавшие, но противоположные теории о функции миндалин: защитную и инфекционную. Обе они базируются на одной и той же аргументации: миндалины достигают наибольшей величины к возрасту, в котором встречается наибольшее число инфекционных заболеваний. Инфекционная теория объясняет частоту инфекций тем, что миндалины являются воротами для них. Защитная же теория гласит: миндалины увеличиваются в этом возрасте пото-

му, что имеется повышенная потребность в защите от инфекции.

Абсурдным является предположение ряда исследователей, что в процессе филогенетического развития в организме человека возник специальный орган для инфицирования — миндалины. Конечно, при наличии соответствующих неблагоприятных условий миндалины могут сыграть роль источника и проводника инфекции в организм. Но это не будет их физиологической функцией, а явится патологией.

Природа снабдила небные миндалины многочисленными регионарными лимфатическими узлами — самой мощной лимфатической сетью во всем организме человека. Здесь задерживаются и обезвреживаются вещества, проникшие в лимфоток (М. И. Уртаев). В. Ф. Ундриц и К. А. Дреннова, исходя из своих экспериментов, приходят к заключению, что миндалины обладают выраженной барьерной функцией. Того же мнения придерживаются Е. И. Ярославский и др. В. И. Воячек выделил несколько барьеров, следующих один за другим. Лишь при прорыве одного или нескольких барьеров возникает то или иное заболевание. Состояние барьеров зависит от реактивности организма.

Наиболее общепринята теория «защитной» функции глоточного лимфаденоидного кольца, в том числе и небных миндалин. Она включает понятие о способности миндалин выделять фагоциты. Однако наблюдения показывают, что явления фагоцитоза в миндалинах незначительны.

Hellman говорит о фолликулярном аппарате миндалин как об органе, продуцирующем лимфоциты и обезвреживающем инфекционно-токсические вещества, проникающие в кровь. Это подтверждается наличием макрофагов, начиненных продуктами распада, в фолликулах миндалин. Мнение его опровергает классическую теорию Флемминга, рассматривавшую миндалины только как орган воспроизводства лимфоцитов в центрах размножения лимфоидных фолликулов.

По мнению Dietrich и Link, организм иммунизируется малыми порциями токсинов из миндаликовой флоры, что повышает его сопротивляемость.

Digby предложил теорию, согласно которой функция небных миндалин заключается в том, чтобы помочь дет-

скому организму приобрести устойчивость к инфекции, иммунитет. Миндалины, по его мнению, вырабатывают иммунные тела в борьбе с ядовитыми веществами, действующими как антигены. Д. А. Пигулевский также отмечает, что миндалины в здоровом состоянии участвуют в иммунологических реакциях организма, являясь лимфоэпителиальными образованиями глотки, взаимосвязанными с функцией лимфатической системы в целом. Лимфоциты миндалин, как и лимфатических узлов, наравне с плазматическими клетками участвуют в продуцировании антител.

В. К. Трутнев считает миндалины органом иммунитета. Согласно данным Е. И. Гудковой, Malecky, в них формируются антитела, антистрептолизин О и возникает ряд других иммунологических реакций. Большое значение имеют плазматические клетки, активно продуцирующие антитела и в большом количестве встречающиеся в ткани миндалин.

Schürmann говорит о свойстве миндалин выделять специфические бактерицидные вещества — антитела — в большем количестве, чем другие ткани. В пораженных, ослабленных хроническим воспалительным процессом тканях миндалин взрослых эта способность отсутствует.

В. Н. Зак пришел к выводу о существовании «физиологической токсикации» (или вакцинации), приводящей к тонизированию организма и относительному иммунитету. В. Т. Талалаев назвал это «физиологической ангиной». Б. С. Преображенский также поддерживает теорию о защитной роли миндалин, присоединяясь к гипотезам В. Т. Талалаева и В. Н. Зака о продуцировании лимфоцитов глоточным лимфатическим кольцом. Состояние «физиологического ангинизирования» в миндалинах создается из-за постоянного внедрения через дефекты эпителия крипт различных веществ, вызывающих раздражение. Чрезмерный раздражитель ведет к острому процессу — ангине. Эту точку зрения поддерживает и Parkinson, который относит образование лимфоцитов и антител к наиболее важной функции миндалин.

Существовавшая ранее гипотеза об эндокринной функции миндалин в настоящее время окончательно отвергнута. Она была принята М. Ф. Цытовичем и его школой, пытавшимися доказать свою правоту в экспериментах на животных. Введение вытяжки из миндалин животным

якобы оказывало влияние на их рост и развитие. В настоящее время эти опыты можно рассматривать как эксперимент с белковыми стимуляторами. Десятки тысяч операций удаления миндалин людям полностью опровергли предположение о возможных нарушениях функций эндокринных желез после тонзиллэктомии.

Следует сказать, что лимфоидная ткань миндалин действительно образует лимфоциты, однако назначение ее в этом отношении невелико и не отражается на состоянии гемопоэза при удалении миндалин.

Резюмируя все изложенное, можно считать доказанным, что небные миндалины, являясь составной частью лимфаденоидного аппарата человеческого организма, не несут какой-либо специфической функции, в связи с чем их удаление не может повлечь за собой расстройства здоровья. Это позволяет при необходимости прибегать к хирургическому лечению при патологических процессах в миндалинах.

Флора миндалин в норме, при ангине и хроническом тонзиллите

На нормальной слизистой оболочке миндалин почти всегда имеется громадное число микробов. Преобладающим в миндаликовой флоре является стрептококк. Можно перечислить много работ, дающих представление о характере флоры здоровых и больных миндалин. Назовем данные некоторых из них. Так, Dernberg находил стрептококк на здоровых миндалинах в 45% случаев. Evers, Courtis и Watson обнаружили гемолитический стрептококк у 58—84% здоровых людей. Fraser, Roderick, Williams и Maxson при обследовании 19 461 человека у 37,5% выявили стрептококк и у 37,6% — стафилококк.

При изучении распределения флоры миндалин Д. М. Оленова обнаружила ее на поверхности, в криптах и паренхиме. По ее данным, в криптах преобладает стрептококковая флора. С. Н. Эйгес и О. Ю. Локоткина обнаружили на поверхности миндалин в 81% случаев стафилококк, в 73% — стрептококк. В криптах и в глубине миндалин оказалось преобладание стрептококка. В. А. Бернер и С. Н. Эйгес находили микробную флору всегда, но исключительно на поверхности миндалин и в

просветах крипт. В самой ткани миндалин авторам не удалось обнаружить бактерий.

Разумеется, если здоровые миндалины всегда богаты флорой, то ее разнообразие и пышный расцвет неминуемы при развитии воспалительных процессов в миндалинах. Так, при ангинах даже с легким клиническим течением стрептококки обнаруживаются в таком количестве и с такой регулярностью, что их этиологическая роль становится неоспоримой.

Malan наблюдал изменение флоры миндалин при ангине. Вначале преобладает стрептококк, причем он развивается преимущественно в устьях лакун, но может захватить и паренхиму. Автор наблюдал проникновение отдельных стрептококков в лимфатические фолликулы, в центры размножения.

При ангинах, сопровождающихся осложнением на почки, стрептококк встречался в 2 раза чаще, чем в остальных случаях. Подобные результаты исследования флоры приводит Gelanzé.

А. И. Гнатюк при бактериологическом исследовании 120 больных в 74% нашел в зеве гемолитический стрептококк при остром нефрите.

Lott описывает клинический признак присутствия стрептококка в миндалинах: узкая, ясно ограниченная, выраженная темно-красная зона по краю передней небной дужки. При другой флоре зона шире, границы ее неясны, окраска бледнее.

С. В. Крахт, Stirk-Adams и Anderson признают бактериальный фактор в генезе ангин вторичным. В то же время П. П. Сахаров и Е. И. Гудкова на основании своих исследований пришли к выводу, что стрептококки играют при ангинах первичную и специфическую роль. Физиологические изменения в организме больных ангиной могут быть следствием стрептококковой инфекции.

Большинство авторов, исследовавших флору миндалин при хроническом тонзиллите, сходятся во мнении о превалирующей роли стрептококков (Я. З. Брайловский, А. Н. Книга, Д. М. Оленова, П. В. Осипова, Д. А. Пигулевский, У. В. Сидиков, И. С. Шумский, С. Н. Эйгес и О. Ю. Локоткина; Alport, Edin и Lond, Malan, Rohleder, Smith и др.). Л. Г. Буссель приводит микробиологическую характеристику стрептококка небных миндалин при остром и хроническом их воспалении.

Л. В. Юдина исследовала флору 100 миндалин у больных хроническим тонзиллитом. На поверхности миндалин флора отличалась большим разнообразием. Преобладал зеленящий стрептококк. В относительно небольшом количестве встречались гемолитический стрептококк, диплококк, микрококки, стафилококки, споровые и неспоровые палочки и др.

В лакунах миндалин флора преимущественно смешанная, более богатая в количественном и качественном отношении. Флора в глубине тканей бедна в количественном отношении, но более однородна. На основании этих исследований можно сделать вывод о том, что из лакун на поверхность миндалин попадает сравнительно мало микроорганизмов, поэтому мазки с поверхности миндалин дают лишь относительное представление о характере микрофлоры, участвующей в патологическом процессе.

Как правило, стрептококки и стафилококки из лакун и из ткани миндалин отличаются от выделенных с поверхности более высокой гиалуронидазной, плазмокоагулирующей и фибринолитической активностью.

У человека наиболее распространенным возбудителем ангины является β-гемолитический стрептококк группы А. Этому вопросу уделяли внимание многие авторы, специально занимавшиеся исследованием флоры при ангине (Л. Г. Буссель, Е. И. Гудкова, В. Г. Лобанова, Д. А. Пигулевский, Э. Л. Свечникова, П. П. Сахаров, У. В. Сидиков и др.).

Значительную роль в развитии заболевания играет вирусная инфекция. В последние годы сделаны определенные шаги в изучении роли вирусов, особенно аденовирусов, в патологии глоточного лимфаденоидного кольца.

В. Г. Лобанова исследовала 275 больных различными формами ангин и хроническим тонзиллитом. В 76% ею выявлен β-гемолитический стрептококк, играющий основную этиологическую роль при ангинах и хроническом тонзиллите. В период эпидемий удельный вес стрептококка резко повышается (до 92,8%).

Д. А. Пигулевский считает, что имеются достаточно убедительные микробиологические и иммунологические доказательства, свидетельствующие о несомненном участии стрептококка в заболевании миндалин. Б. М. Сагалович также связывает хронический тонзиллит и тонзилло-

генные заболевания главным образом со стрептококковой флорой.

Наши данные совпадают с данными большинства авторов, признающих за миндаликовой флорой, главным образом стрептококковой, ведущую роль. Действительно, при исследовании флоры миндалин у 130 больных хроническим тонзиллитом мы обнаружили стрептококк у 90 человек (69,2%), стафилококк — у 67 (51,5%); B. Vincenti, диплококк, грамотрицательная палочка, дрожжи и прочая флора найдены у 63 больных (48,4%). Таким образом, мы можем подтвердить превалирующую роль стрептококка при хроническом тонзиллите по сравнению с другой флорой.

Патологическая анатомия небных миндалин при хроническом тонзиллите

Изучению небных миндалин много внимания уделил В. Н. Зак. При изучении гистологической картины хронического тонзиллита он различает 3 типа процесса в зависимости от его локализации.

Тип I — поверхностный язвенный или неязвенный хронический тонзиллярный лакунит. Максимальная локализация процесса в криптах. В связи с закупоркой крипт они колбасообразно расширены, заполнены паракератозными массами с примесью лейкоцитов, лимфоцитов, плазматических клеток. Эпителий крипт разрыхлен, истончен, местами как бы отсутствует. Часть его изъязвлена. В подэпителиальном слое видны расширенные мелкие сосудики. Нередко отмечается рост грануляций. Центральная зона фолликулов резко ограничена, периферическая зона имеет утолщение в той части фолликула, которая обращена к просвету крипты.

Тип II автор делит на 2 подгруппы: а и б. Тип IIа — паренхиматозный хронический тонзиллит. Сюда относятся случаи с максимальным поражением лимфаденоидной ткани миндалин, когда в ней имеется очаг размягчения. Периферическая зона фолликула резко инфильтрирована лейкоцитами и плазматическими клетками, ее границы нечетки со всех сторон. В центре фолликула содержатся клетки лимфоидного ряда, лейкоциты, эпителиоидные клетки. Если процесс близок к поверхности, то эпителиальный покров может быть резко инфильтрирован.

Тип IIб — поверхностный паренхиматозный склеротический хронический тонзиллит. Этот вид процесса характеризуется обильными разращениями соединительной ткани и атрофией отдельных фолликул. Крипты выглядят спавшимися, просвет их свободен.

Тип III — глубокий склеротический хронический тонзиллит. Склеротический процесс идет главным образом в «капсуле» миндалины. Вся миндалина пронизана очень массивными соединительнотканными тяжами. Лимфатическая ткань замещена лимфоидной инфильтрацией. В соединительной ткани могут быть обнаружены хрящевые и костные включения. Имеются периваскулярные склерозы и инфильтраты.

Я. В. Каплан и Л. Ф. Ларионова занимались вопросом патологоанатомической диагностики хронических тонзиллитов. Они пришли к выводу, что изменения наблюдаются во всех частях небных миндалин — в эпителии, лимфатической ткани и капсуле, причем они не специфичны, а чрезвычайно сходны в основном при различных тонзиллогенных осложнениях. Изменения в небных миндалинах при хроническом тонзиллите отличаются от наблюдающихся в так называемых нормальных миндалинах количественно, что обусловливает нерезкие границы между нормой и патологией тонзилл (Е. Ф. Орлова).

О. В. Бабенко и Н. А. Московченко нашли в содержимом лакун миндалин при различных формах хронического тонзиллита много нейтрофилов (до 98%), в большей части полуразрушенных. При атрофическом тонзиллите определялось до 4—12% лимфоцитов, при гипертрофическом лимфоцитов было несколько больше (до 30%). Кроме того, встречались полибласты (до 10%), изредка плазматические клетки, эозинофилы и макрофаги.

При наличии гематурии и белка в моче Hayashi, Yoshio и Akira Kodama определили гиперплазию фолликул небных миндалин. А. М. Гельфон утверждает, что наиболее свежим случаям ревматизма и нефрита соответствует картина гиперплазии с явно выраженными реактивными фолликулами. То же описывает и В. В. Донсков. Затяжным формам соответствует картина с уменьшением реактивных фолликулов, а иногда даже полная их интактность (Б. Е. Смочилин).

В связи с тяжестью и стадией заболевания меняется клеточная реакция миндалин. Так, по А. М. Гельфону,

острым формам нефрита или ревматизма соответствует клеточная картина содержимого крипт с огромным преобладанием лимфоцитов (до 96%) и теней Гумпрехта. В клеточной реакции миндалин при хронических и затяжных формах болезни преобладают нейтрофилы (70—94%).

Это происходит тогда, когда в организме наступили глубокие тканевые изменения, часто необратимого характера, когда глубоко изменена реактивность организма. Преобладание нейтрофилов является выражением последовательной перестройки клеточных реакций организма на инфекцию (М. П. Кончаловский).

Проф. К. Ф. Еленевский, Е. А. Дуткевич, Д. Е. Розенгауз нашли, что при тонзиллогенных заболеваниях конечной стадией хронического воспалительного процесса в миндалинах является разрастание рубцовой ткани (В. Д. Декуссар-Гоцкая, Д. В. Лосева, Bystzzanowska).

Анализ литературы, посвященной патологоанатомическим изменениям в миндалинах при хроническом тонзиллите, показывает, что ведущее место принадлежит склерозу (В. Н. Зак, А. И. Абрикосов, И. Б. Блюм, Dietrich и др.).

Е. Ф. Орлова не видит связи между патологоанатомическими изменениями в миндалинах и тонзиллогенными заболеваниями почек. В. Г. Элькинд исследовал 174 миндалины, из них 18 взятых у больных нефритом. Он считает характерным при нефрите участки расплавления лимфатической ткани миндалины, пропитанные лейкоцитами.

Schütz при исследовании 100 пар миндалин не нашел разницы в гистологическом строении их при наличии любой формы заболевания ревматизмом, пороком сердца, поражения почек. Он согласен с мнением Dietrich об отсутствии специфических изменений в миндалинах при том или другом тонзиллогенном заболевании.

Р. Д. Богомильский исследовал миндалины у 88 больных. Он также не установил наличия параллели между патогистологическими данными и клиническими формами заболевания.

Наш материал состоит из 280 небных миндалин (140 пар), удаленных при тонзиллэктомии у 140 больных. Из них 50 человек были оперированы по поводу хронического тонзиллита, осложненного острым нефритом, 40 —

по поводу хронического тонзиллита и хронического нефрита, 50 — по поводу неосложненного хронического тонзиллита. Из каждой миндалины готовили 10—12 препаратов, которые окрашивали гематоксилин-эозином.

При изучении этих препаратов была обнаружена картина хронического тонзиллита, не имевшая разницы у

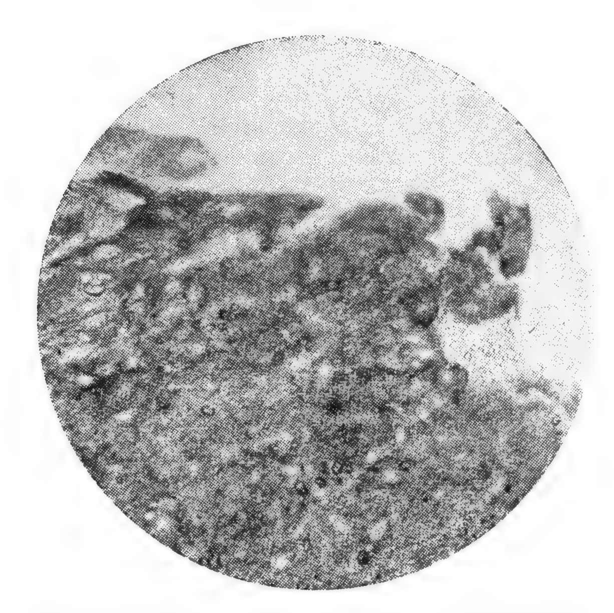

Рис. 1. Язва покровного эпителия с грануляционной тканью на дне. Ув. 5×10.

больных всех трех групп. Мы находили изменения, выраженные лишь в равной степени и независимо от процесса в почках.

Приведем несколько микрофотографий препаратов миндалин, наиболее ярко иллюстрирующих наши находки при хроническом тонзиллите. Картина хронического воспаления миндалин подтвердилась теми изменениями, которые определялись в эпителии, подэпителиальном слое, фолликулах, капсуле, сосудах.

Покровный эпителий неравномерной толщины, местами резко утолщен, а местами, наоборот, истончен, инфильтрирован лейкоцитами. Истончение может перехо-

дить в дефект, а затем в изъязвление эпителия. На дне язвы определяется грануляционная ткань (рис. 1). Подэпителиальная ткань в некоторых местах почти отсутствует, к покровному эпителию непосредственно прилегает лимфоидная ткань. В других случаях подэпителиальный слой резко утолщается, значительно развивается соединительная ткань. Крипты в большинстве своем ветвисты. Просвет их иногда содержит немного сетчатой массы с примесью лимфоидных клеток, колонии бактерий, клетки слущенного эпителия, лимфоциты. Эпителий крипт разрыхлен, плохо контурируется, местами истончен. Это особенно четко видно в глубоких отделах крипт. На рис. 2 хорошо виден дефект эпителия стенки лакуны, инфильтрация его лимфоидными клетками. Почти вплотную к резко истонченной стенке лакуны прилегает фолликул. В ряде случаев к разрыхленному, а иногда и изъязвленному эпителию прилежит грануляционная ткань, причем она как бы выходит в стенку крипты. Дно язвы обычно выполняет грануляционная ткань, богатая сосудами.

В некоторых миндалинах мы находили не истончение, а наоборот, резкую гиперплазию эпителия крипт, причем местами эпителий давал разрастания, погружающиеся в глубь подлежащих тканей (рис. 3), а в просвете крипт определялись ороговевшие эпителиальные клетки.

Лимфатические фолликулы в некоторых случаях малочисленные, неравномерной величины. Их реактивные центры светлые, с четкими границами, состоят из крупных круглых клеток со светлыми ядрами. Периферические зоны большинства фолликул широкие, неравномерно утолщены. В других случаях имеется множество гиперплазированных фолликул, до 10—12 в поле зрения. Иногда грануляционная ткань окружает фолликул и замещает лимфоидную ткань.

Межфолликулярная ткань представлена лимфоидными клетками. Среди нее много тонкостенных сосудов капиллярного типа с набухшим эндотелием. Вся ткань миндалины разделена широкими прослойками волокнистой, тянущейся от капсулы соединительной ткани, бедной клетками. Капсула имеет вид широкой полосы соединительной ткани, переходящей без четких границ в перитонзиллярную ткань. В ряде препаратов миндалин обнаружены значительные участки, где соединительная ткань вытесняет и замещает лимфоидную, в других это происхо-

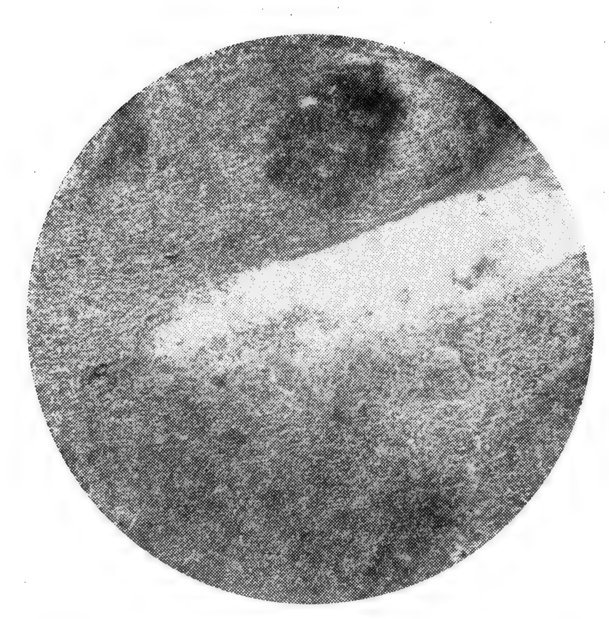

Рис. 2. Дефект покровного эпителия стенки лакуны. Ув. 5×10.

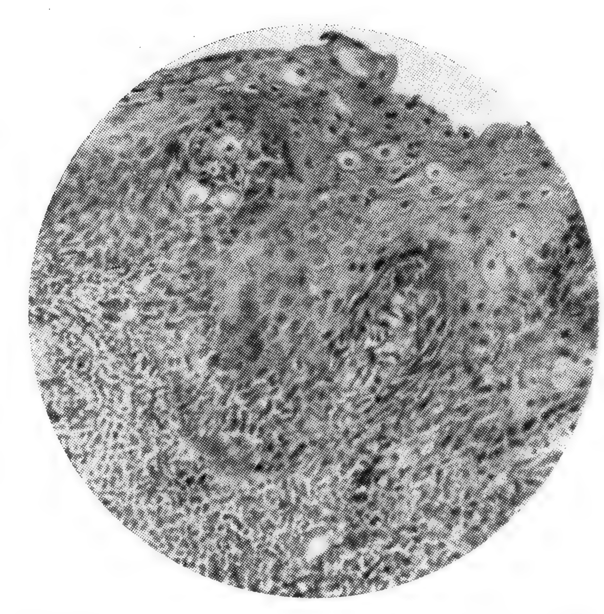

Рис. 3. Гиперплазия и погружающиеся в глубь ткани разрастания эпителия, выстилающего крипты. Ув. 8×10.

дит за счет рубцовой ткани. Во многих случаях ткань миндалины замещена на значительном протяжении грануляционной тканью, богатой сосудами различной величины, со склерозированными стенками или же с набухшим эпителием.

В перитонзиллярной ткани обнаруживаются мышечные пучки с гомогенизированной саркоплазмой, потерявшей поперечную исчерченность. Отдельные мышечные пучки лишены ядер.

Почти во всех миндалинах наблюдались изменения сосудов от незначительных до весьма глубоких. Склероз стенки сосуда с почти полным закрытием его просвета и склероз периваскулярной ткани хорошо видны на рис. 4. Резко утолщенные сосуды, расположенные возле фолликула, показаны на рис. 5. На рис. 6 представлен гиалиноз стенки сосудов и значительный периваскулярный склероз, на рис. 7 — вена с организованным тромбом в ее просвете.

Мы сделали следующие выводы из своих наблюдений: патологические изменения миндалин охватывают в большей или меньшей степени разные ее отделы; чаще всего страдают все ткани, специфических изменений для того или иного тонзиллогенного заболевания почек в миндалинах не имеется.

Клиника и диагностика хронического тонзиллита

Вопрос о клинике и диагностике хронического тонзиллита достаточно подробно освещен в литературе. Но все же несомненная взаимозависимость воспалительных процессов в миндалинах и других органах, например в почках, заставляет снова остановиться на задаче четкой диагностики хронического тонзиллита.

Большинство терапевтов и отоларингологов считает, что миндалины при их воспалении оказывают токсическое влияние на организм человека. Они поддерживают, а в ряде случаев вызывают заболевания внутренних органов, способствуя их обострениям (С. А. Гиляревский, А. Л. Гинзбург, М. М. Кутырин, Е. И. Ярославский, Ц. А. Рогинская, Lumio, Torrigiani и др.).

Формы хронического тонзиллита различают по фарингоскопически-морфологическим признакам (лакунарный,

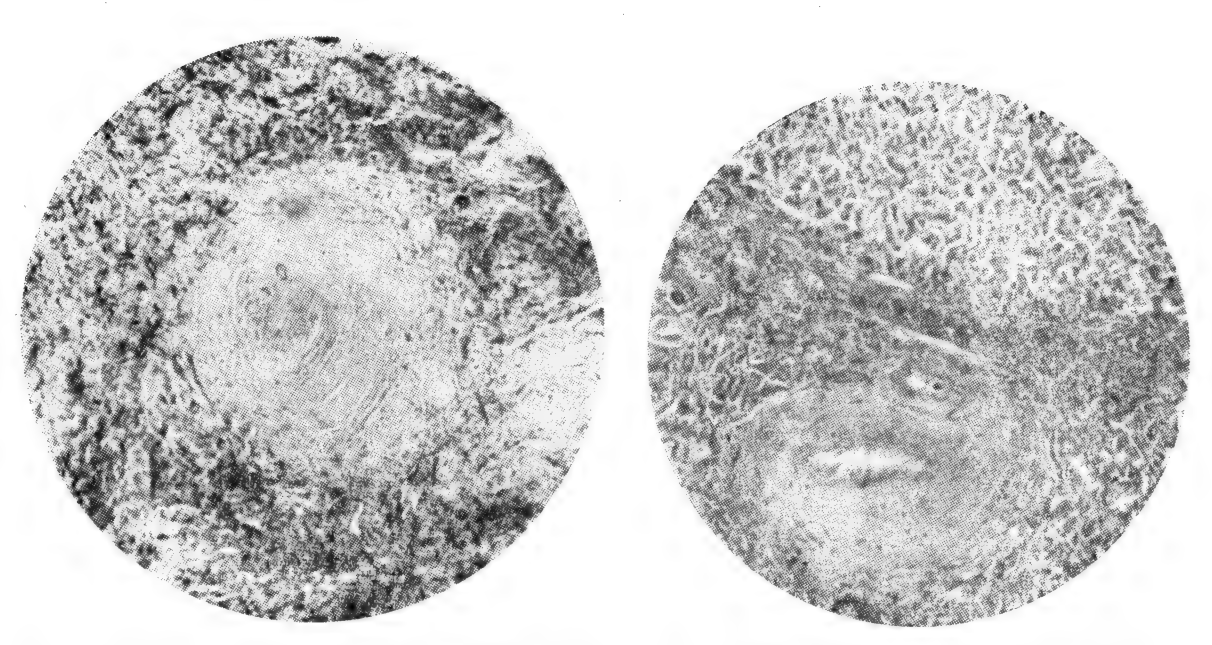

Рис. 4. Склероз стенки сосуда с почти полным закрытием его просвета и склероз периваскулярной ткани. Ув. 8×10.

Рис. 5. Возле фолликула расположены сосуды с резко утолщенными стенками. Ув. 8×10.

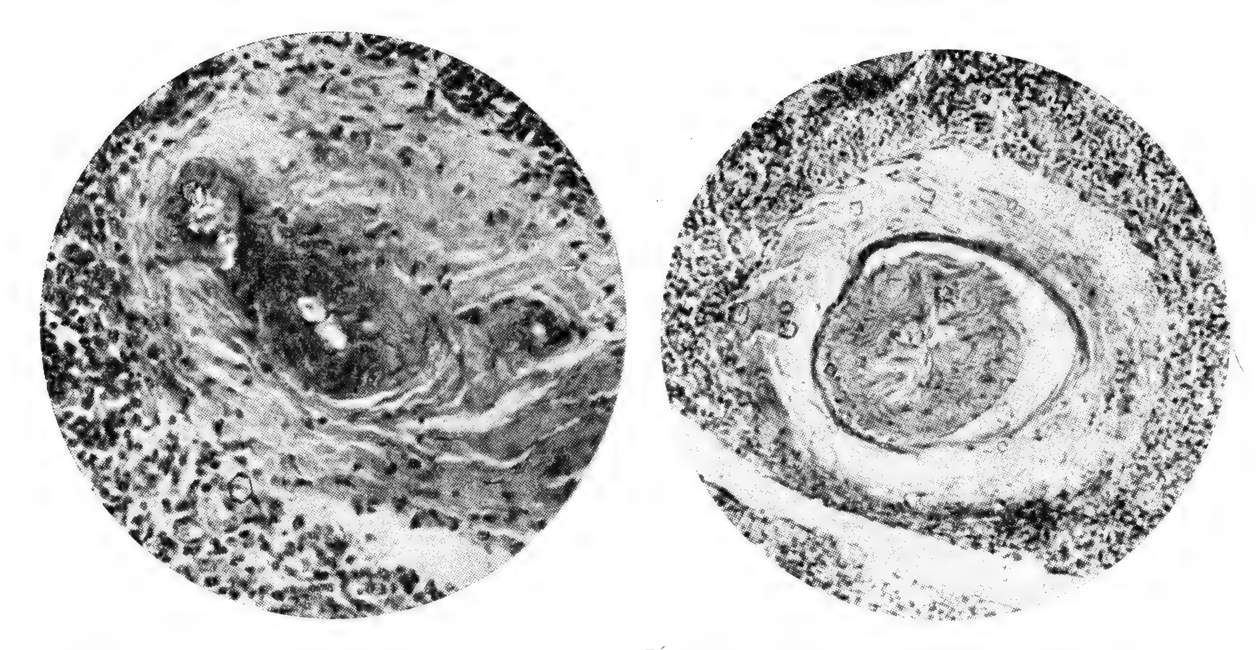

Рис. 6. Периваскулярный склероз и гиалиноз стенки сосудов. Ув. 5×20.

Рис. 7. Вена с организованным тромбом в просвете. Ув. 8×10.

паренхиматозный и смешанный лакунарно-паренхиматозный тонзиллит) и по клиническому течению: компенсированный и декомпенсированный. Некоторые авторы различают еще и субкомпенсированный тонзиллит (Л. А. Луковский).

Б. С. Преображенский считает, что миндалины не несут никакой специфической функции в организме. Следовательно, неправильно говорить о декомпенсации их деятельности. Он предлагает различать простой и токсико-аллергический хронический тонзиллит. При первом не наблюдается общих патологических явлений вне обострения хронического тонзиллита или они крайне незначительны. Тогда обычно применяют термин «компенсированный тонзиллит». Другая форма — токсико-аллергический хронический тонзиллит — возникает в результате нарушения защитно-приспособительных механизмов организма при неблагоприятном воздействии внутренней или внешней среды. Местные изменения сопровождаются общими явлениями, обусловленными частым или постоянным попаданием в организм токсинов, аллергенов или аутоаллергенов. Степень выраженности токсико-аллергических явлений может быть различной: более легкой (I степень) и более выраженной (II степень). Типы хронического тонзиллита могут переходить из одного в другой.

Вопрос о патогенетической связи заболевания миндалин и другой патологии Б. С. Преображенский рекомендует рассматривать с двух позиций. Например, у больного ревматизмом в результате дезорганизации соединительной ткани в организме, в том числе в капсуле и трабекулах небных миндалин, нарушается крово- и лимфообращение, изменяется биохимизм тканей, извращаются иммунологические реакции и т. д. Это создает условия для возникновения хронического тонзиллита. Таким образом, хронический тонзиллит может быть следствием ревматизма, а не его причиной. Автор предлагает термин «сопряженные заболевания».

К сожалению, все еще трудно дать конкретные и определенные тесты, симптомы, позволяющие с достоверностью диагностировать хронический тонзиллит. Напротив, количество и разнообразие этих симптомов так велики, что могут поставить в тупик несведущего. Отличие здоровых миндалин от больных, хотя и в небольшом про-

центе случаев, бывает так неясно, что можно ошибиться в диагнозе. Только совокупные данные анамнеза, объективной картины и лабораторно-клинического обследования дают основания для диагноза. Наличие одного или только нескольких симптомов еще не является доказательным, так же как отсутствие внешних проявлений тонзиллита. А. Г. Нихинсон подчеркивает, что ни один из вспомогательных лабораторных методов не обеспечивает точности диагностики и ни один из известных клинических симптомов хронического тонзиллита не является патогномоничным для него.

Л. А. Луковский описывает формы тонзиллита, при которых, несмотря на выраженные клинические изменения миндалин, ангины отсутствуют. Б. С. Преображенский называет такие формы «безангинным» хроническим тонзиллитом. Диагностика его трудна, так как отсутствует наиболее достоверный признак — частые ангины.

О хроническом тонзиллите, протекающем без ангины, в литературе упоминается довольно часто. Можно назвать работы А. Х. Миньковского, Л. А. Луковского, Я. С. Темкина, Е. И. Ярославского, А. Г. Лихачева, Д. Д. Лебедева, Р. Д. Богомильского и др.

Р. Д. Богомильский и С. М. Левина обследовали 92 детей, болеющих безангинным хроническим тонзиллитом, с целью определить его взаимосвязь с заболеваниями внутренних органов. На основании своих данных они считают, что безангинный хронический тонзиллит встречается преимущественно в детском возрасте. Это объясняется понижением реактивности организма ребенка, что и вызывает вялое, ареактивное течение тонзиллита. Способствовать развитию такой формы тонзиллита может и маскирующее действие антибиотиков. При безангинном хроническом тонзиллите признаки воспаления в миндалинах могут внешне быть слабо выраженными и ускользнуть от внимания врача. Создаются условия для интоксикации, приводящей к общим и местным расстройствам. Происходят сенсибилизация и аллергическая перестройка организма, при которых любое заболевание может явиться решающим фактором и привести к развитию тонзиллогенного осложнения.

В. Н. Зак подчеркивает чрезвычайную трудность дифференцировки хронического тонзиллита от физиологически нормальных миндалин. Он считает, что самым убеди-

тельным для клинициста при дагностике хронического тонзиллита остается анамнез. Того же мнения придерживаются М. С. Розенблат, Л. А. Луковский, Cremonesi, Germinale.

Таким образом, для диагностики хронического тонзиллита следует оценить тщательно собранные данные анамнеза, совокупность наличия ряда клинических симптомов и данных клинико-лабораторного обследования больного. Диагноз должен быть окончательно поставлен специалистом-отоларингологом.

Лечение хронического тонзиллита

Выбор метода лечения (консервативное или хирургическое) хронического тонзиллита во многом зависит от того, с какой его формой мы имеем дело. Если это процесс, вызвавший или поддерживающий заболевание внутренних органов, то следует сразу же решать вопрос о хирургическом вмешательстве, конечно, если нет противопоказаний к операции со стороны общего заболевания (обострений процесса).

Несмотря на то что большинство авторов утверждает главенствующую роль тонзиллэктомии в лечении хронического тонзиллита, консервативные методы также не должны быть забыты. Они выступают на первый план тогда, когда не требуется немедленного хирургического вмешательства, когда необходимо профилактическое лечение или же когда почему-либо нельзя оперировать больного. Ряд авторов (В. Г. Ермолаев, В. Н. Зак, Д. А. Шкляр) положительно оценивают консервативную терапию миндалин. Они применяли промывания лакун миндалин — два курса по 12—15 дней ежедневно с месячным перерывом между курсами (по Белоголовову). В связи с тем, что в генезе хронического тонзиллита большое место занимает аллергический фактор, В. Г. Ермолаев считает целесообразным строить консервативное лечение комплексно, с включением десенсибилизирующих средств. По его наблюдениям, такое лечение хронического тонзиллита в 75% случаев дает практическое излечение, если показания и методика консервативной терапии были правильными.

Хорошие результаты консервативного лечения миндалин приводят М. Г. Григ, Л. Н. Суслова и Е. Е. Нечаева

на основании наблюдений 100 больных с наличием патологии почек, печени, декомпенсированных пороков сердца, гипертонической болезни, т. е. там, где операция противопоказана по общему состоянию.

Б. С. Преображенский рекомендует ряд методов общей и местной консервативной терапии при тонзиллитах. К ним относятся: общее кварцевое облучение, общая физиотерапия, аутогемотерапия, различные способы местного воздействия на миндалины — промывание, выдавливание или отсасывание секрета из лакун миндалин, смазывание и прижигание их йодом, ляписом, колларголом и т. п., местное воздействие на миндалины физиотерапевтическими средствами. Рациональный выбор метода лечения (хирургического или консервативного) должен базироваться на данных общего и местного обследования больного. Первое из них особенно важно с точки зрения воздействия на весь организм в целом. Ведь именно при хроническом тонзиллите особенно часто наблюдается выраженная взаимосвязь с рядом других общих заболеваний.

Эффективность общих и местных методов консервативного воздействия на хронический тонзиллит следует объяснить их влиянием на биохимические, в том числе и иммунологические процессы, протекающие в столь реактивном аппарате, каким является глоточное лимфаденоидное кольцо. При назначении любых методов лечения следует особое внимание уделять регионарному лимфадениту. Нередко он является источником интоксикации или аллергизации организма, что снижает эффективность терапии, даже если хронический тонзиллит как таковой ликвидирован.

А. Б. Гренадер отмечал в 65% случаев благоприятный эффект лечения хронического тонзиллита облучением миндалин ультрафиолетовыми лучами. А. П. Мишарин применял метод И. М. Круковера — санирующее пропитывание миндалин дезинфицирующими растворами. По наблюдениям автора, наиболее целесообразным оказалось пропитывание 0,25% раствором формалина.

Л. М. Ковалева лечила 597 детей, больных хроническим тонзиллитом с частыми рецидивами ангин и аденоидными вегетациями. Детям была произведена только аденотомия. При этом в 78% снизилась заболеваемость ангиной. С. Б. Глауберман приводит 84% выздоро-

влений после восстановления носового дыхания на 119 детей, больных хроническим тонзиллитом. Т. С. Жордания наблюдал хорошие результаты при лечении хронического тонзиллита путем промывания миндалин предложенным им аппаратом под отрицательным давлением.

Н. Л. Пинегина и В. И. Марченко проводили консервативное лечение хронического тонзиллита ферментом поджелудочной железы, трипсином. Лечение было назначено 160 детям в возрасте от 4 до 14 лет. Срок наблюдения результатов — от 1 года до 3 лет. Выздоровело 100 детей, у 35 отмечено улучшение, у 25 — без перемен.

Трипсин обладает выраженным протеолитическим действием, что способствует удалению некротических масс белков из очагов воспаления. На неизмененные ткани трипсин в применяемых дозах вредного действия не оказывает.

Х. В. Попов проводил консервативное лечение хронического тонзиллита в виде курсов, повторяющихся через определенные промежутки времени, на фоне закаливания организма, правильного режима труда и отдыха, терапии поливитаминами. По наблюдениям автора, самым эффективным оказалась комплексная терапия: промывания миндалин через день, применение физиотерапии (КУФ и УВЧ), десенсибилизирующая терапия. Я. Б. Каплан и А. В. Кантин на основании наблюдений над 102 больными при наличии противопоказаний к операции рекомендуют рентгенотерапию миндалин. Е. Д. Дубовый, А. С. Бендерская, И. О. Бендер и Е. И. Ольшановский наблюдали 67 детей, которым проводилась рентгенотерапия миндалин по поводу хронического тонзиллита. У 62,8% больных отмечено выздоровление, у 28,2% — улучшение. А. Козлова в статье «Лучевая терапия неопухолевых заболеваний» отмечает, что у ребенка при облучении нередко подвергается воздействию и область щитовидной и вилочковой желез, что может неблагоприятно сказываться на развитии детского организма. Помимо этого, на основании изучения больших групп больных показано, что рак щитовидной железы развивается почти в 10 раз чаще у людей, которые в детстве подвергались рентгенотерапии по поводу хронических тонзиллитов и лимфаденитов.

В. С. Степанова описывает способ лечения хронического тонзиллита аппликацией радия-мезотория. Метод

не уступает рентгенотерапии, но менее удобен для больных, так как требует много времени.

А. И. Гешелин скептически оценивает рентгенотерапию миндалин. Рентгеновы лучи небактерицидны и не уничтожают микробов в криптах — «пробирках», а лишь закупоривают их там путем последующего рубцевания. Кроме того, одним из отрицательных моментов облучения миндалин является воздействие на слизистую глотки, что влечет за собой ряд нежелательных последствий (сухость, повышение саливации и т. д.).

Рентгенотерапию миндалин рекомендуют применять только в тех случаях, когда оказываются безрезультатными гальванокаустика миндалин или тонзиллотомия (З. Х. Дегтярева).

Лучевая терапия, особенно у детей и молодых людей, всегда нежелательна и может быть рекомендована лишь по особым показаниям. Облучение показано в тех случаях, когда другие методы лечения неосуществимы, при наличии противопоказаний к тонзиллэктомии по тем или иным причинам (например, при общем тяжелом состоянии, болезнях обмена, некоторых формах туберкулеза и пр.). А. И. Гешелин пришел к выводу, что только полное удаление миндалин в большом проценте случаев гарантирует улучшение и выздоровление.

Некоторые авторы, придерживаясь особой точки зрения, считали, что для лечения хронического тонзиллита вполне достаточно сделать гальванокаустику миндалин и полностью отвергали операции тонзиллотомии и тонзиллэктомии (М. Ф. Цытович). Другие же, и их большинство, наоборот, считают малоэффективной гальванокаустику или тонзиллотомию из-за рубцевания остатков миндалин, которые тогда уже полностью лишаются дренажа. Лишь тонзиллэктомия дает, по наблюдениям Eckert-Möbius, положительный результат в 50%.

А. Пржецехтел считает консервативные методы лечения недостаточно надежными и не принятыми поэтому в широкой практике.

Е. И. Ярославский, исходя из своего опыта, не может отметить ни одного случая, когда консервативное лечение при осложненном хроническом тонзиллите дало бы излечение.

В то же время в литературе приведены положительные результаты тонзиллэктомии в подавляющем боль-

шинстве случаев, включая результаты применяемой абсцесс-тонзиллэктомии, т. е. удаления миндалин при флегмонозной ангине (Erdelyi и др.).

У 80% больных хроническим тонзиллитом оказывается четко выраженный аллергический фон. Отсюда следует, что в терапии хронического тонзиллита должно уделяться внимание разработке эффективных средств десенсибилизации.

Подводя итоги обширной литературе, можно сказать, что основным методом лечения при осложненном хроническом тонзиллите должен быть хирургический, тонзиллэктомия. При неосложненном хроническом тонзиллите прибегают к консервативным способам терапии.

Следует подчеркнуть, что и тонзиллэктомия не всегда приводит к желаемым результатам. Это происходит из-за целого ряда причин. И только одной из них следует считать недостаточную технику хирурга. Если операция почему-либо произведена недостаточно тщательно и имеются остатки лимфаденоидной ткани, то может быть рецидив тонзиллита. Но и не по вине хирурга может возникнуть викарная гипертрофия очагов лимфаденоидной ткани как бы в виде новой миндалины с повторным инфицированием ее.

ГЛАВА II

РОЛЬ АНГИНЫ И ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК

О связи между заболеванием миндалин и почек

Взаимозависимость между ангиной, хроническим тонзиллитом и заболеваниями почек была установлена почти столетие назад. О ней в 1865 г. писал Trousseau. В 1874 г. Laseque отмечал, что стрептококковая инфекция, попадающая в организм через лимфоидное глоточное кольцо, является причиной нефритов. Позднее к его мнению присоединились Miller, Fiedler, Buss, Gürich, Kayser-Petersen, Schwab.

В работе Segura говорится, что в результате инфицирования глоточного лимфоидного кольца развивается ряд осложнений (септицемия, суставной ревматизм и нефриты).

Некоторые авторы (Singer, Fischer) скептически относились к такому предположению. Однако в конце XIX столетия все больше голосов высказывалось за наличие связи между возникновением нефритов и заболеванием миндалин (Curschmann, Pässler, Layman, Erblich, Goldmann, Citron и др., цит. по А. А. Потапову). Этой же точки зрения придерживались С. П. Боткин, Г. А. Захарьин, А. А. Остроумов.

По данным М. С. Вовси и Н. Л. Стоцик, М. П. Кончаловского, В. В. Пекарской и М. С. Бабицкой, Volhard и Malan, инфекция лимфоидного глоточного кольца часто предшествует заболеванию нефритом. Многие авторы указывали на то, что во всех случаях заболевания нефритом следует искать источник инфекции в миндалинах

(Е. М. Тареев, С. Вербов, Б. М. Сагалович, А. М. Сигал, Е. П. Разумова; Е. П. Котельникова, М. Г. Фельдман и Т. М. Державина; Curschmann, Pässler, Buschke; цит. по Spreng; Cremonesi, Germinale, Neumann).

А. И. Гнатюк подчеркивает ведущую роль заболеваний лимфаденоидного кольца в этиологии нефрита. Из находившихся под его наблюдением 224 больных острым нефритом у 166 развитию его предшествовали ангина, обострения хронического тонзиллита, скарлатина, острые катары верхних дыхательных путей. По наблюдениям автора, ангина, хронический тонзиллит и скарлатина обычно предшествуют нефриту у детей старшего возраста, острые катары — у детей до 5 лет. Рост заболеваемости нефритом, тенденция все чаще поражать детей раннего возраста (автор наблюдал нефрит у 54 детей до 5 лет из 224 заболевших), ведущая роль стрептококковой инфекции в развитии диффузного поражения почек — все это диктует необходимость пристального изучения вопроса о взаимоотношении между нефритом и инфекцией.

Е. М. Тареев, говоря об этиологии брайтовой болезни, выделяет большую роль общей и очаговой инфекции. Инфекцию глоточного кольца он считает обычной причиной нефритов. С. Вербов часто наблюдал поражение почек различной степени (от незначительной, преходящей альбуминурии до резко выраженного гломерулонефрита) при заболеваниях миндалин. Аналогичные наблюдения приводят В. Н. Виноградов, М. С. Вовси, Б. С. Преображенский, Bilancioni, Buschar, Cournot, Malan, Schmidt, Sollard, Trousseau, Torrigiani и др.

Т. А. Арустамова описала больную, у которой течение заболевания почек явилось подтверждением связи его с хроническим тонзиллитом. Это — нефроз на почве постоянно исходящей из миндалин интоксикации, с ухудшением состояния почек после каждой ангины.

А. И. Гнатюк подчеркивает неблагоприятное влияние хронического тонзиллита и особенно его обострений на течение нефрита у детей. В таких случаях острый почечный процесс нередко принимает затяжную форму, волнообразное течение, а в ряде случаев переходит в хроническую, подчас необратимую форму заболевания.

Вот почему тщательное и углубленное изучение данного вопроса заслуживает особого внимания и приобретает практическую значимость. Из 120 детей в возрасте

от 4 до 15 лет у 78 нефрит возник после ангины, обострения хронического тонзиллита или после катара верхних дыхательных путей с явлениями катаральной ангины.

На II Международном конгрессе нефрологов рядом докладчиков отмечалось, что заболевания почек (пиелонефрит) чаще всего являются вторичным и излечение их зависит только от полной ликвидации основного заболевания (А. Я. Пытель, С. Д. Голигорский).

С. Ф. Олейник, говоря о связи патологии миндалин с общими заболеваниями (острые нефриты, ревматизм, тиреодиты и т. д.), останавливается на недостаточных знаниях и внимании, уделяемом терапевтами тонзиллогенной висцеральной патологии, что влечет за собой отсутствие лечебного эффекта, упорное течение заболевания. В то же время некоторые ларингологи уделяют мало внимания анамнезу, делая заключение на основании объективных данных осмотра миндалин. Необходимо обратить сугубое внимание на эти недостатки и по мере возможности заполнить эти пробелы.

Правильному решению вопроса, является ли заболевание тонзиллогенным или существует параллельно с хроническим тонзиллитом, помогает тщательно изученный анамнез.

О патогенезе тонзиллогенных заболеваний

П. Н. Николаев пишет о «готовности» макроорганизма, которая создается предшествующими влияниями и определяет клиническое проявление той или иной болезни. В организме происходит взаимное воздействие — миндалины влияют на состояние иммунобиологических реакций организма и сами находятся под рядом воздействий с его стороны. Инфекционный агент, имеющийся в миндалинах при их воспалении, становится раздражителем тех или иных многочисленных рецепторов, расположенных в различных участках тонзилл. Ответная реакция на этот раздражитель осуществляется по типу рефлексов (А. Д. Сперанский) с использованием защитных рефлекторных механизмов (повышение температуры, лейкоцитоз, РОЭ и т. д.). Вследствие всасывания токсинов и продуктов распада бактерий возникают регионарные

лимфадениты, образующие дополнительный источник патологического рефлекса.

Б. А. Егоров приписывает ряду сердечно-сосудистых заболеваний именно такого рода рефлекторный характер. Он исходит из близости топографического расположения регионарных лимфатических узлов к яремным венам и сонным артериям, где находятся сердечно-сосудистые рефлексогенные зоны симпатической системы. М. Е. Квитницкий также занимался изучением вопросов патогенеза тонзиллогенной природы заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Е. В. Серова экспериментально подтвердила наличие гематогенного и лимфогенного путей тонзиллогенных осложнений. В эксперименте на кроликах она повреждала нервные рецепторы в системе блуждающего нерва и в синокаротидной зоне непосредственным воздействием микрофлоры миндалин.

Вследствие нарушения нервной регуляции происходило нарушение гемодинамики, повышалась проницаемость сосудов.

По мнению ряда авторов, механизм тонзиллогенных осложнений следовало бы представлять себе так. Патологически измененные миндалины — не только очаг инфекции, но и очаг, дающий начало раздражению нервных окончаний. Это вызывает и посылает импульсы в кору головного мозга, где возникает торможение, застойный очаг. Последний в свою очередь воздействует на подкорковые центры, откуда исходят эфферентные импульсы, ведущие к патологическим рефлексам, изменяющим состояние и функцию других органов (Л. А. Луковский). Кроме рефлекторного пути, воздействие хронического тонзиллита на организм больного может осуществляться через сосудистую систему (кровеносную и лимфатическую) и путем аллергизации организма. С. П. Фельдман экспериментально установил, что при остром тонзиллите в миндаликовых криптах содержится сенсибилизирующее организм вещество, активное в отношении воспроизведения феномена Шварцмана. Фильтрат культуры микробов из миндалины больного хроническим тонзиллитом при введении его подкожно вызывал феномен Шварцмана у 50% кроликов; из культуры микробов, взятой при остром тонзиллите, феномен получался почти в 100% случаев.

Об аллергизации организма при хроническом тонзиллите писали С. А. Гиляревский, К. С. Чеснокова, И. В. Корсаков, М. М. Кутырин. А. Г. Глущенко, Н. А. Фрадьева на основании своей работы подтверждают мнение ряда авторов, отдающих предпочтение роли аллергического компонента и иммунобиологического состояния организма в возникновении хронического тонзиллита и его осложнений.

По данным И. В. Корсакова, при хроническом тонзиллите в кровь поступают сенсибилизирующие вещества, которые в известных условиях могут приводить организм в состояние повышенной чувствительности. При вторичном поступлении сенсибилизирующих субстанций из того же или другого очага возникает новое состояние, выражающееся в том или ином тонзиллогенном заболевании. В ряде случаев при тонзиллогенном заболевании внешне проявлений патологии миндалин может и не быть, однако наличие в организме хронически воспаленной ткани является сенсибилизирующим фактором.

Говоря о причинах заболеваний почек, А. А. Валентинович отмечает, что и в наше время подтверждается значение предшествующей инфекции как острой, так и хронической. Для острого диффузного нефрита провоцирующим фактором служат ангина, бронхит, фарингит, отит, хронический тонзиллит и т. п. Все чаще приходится признавать этиологическое значение не только микробного фактора, но и вирусных заболеваний (грипп, корь, вакцинация оспы). Связь инфекции с возникновением почечного заболевания своеобразна: болезнь всегда выявляется спустя некоторое время после затихания предшествовавшей инфекции, в то же время микрофлора при острых нефритах в ткани почек никогда не была обнаружена. Объяснение этому может дать иммунологическое исследование. Сначала опыты на животных, а затем клинические наблюдения показали, что воспаление в почках носит черты гиперергического. По гипотезе Кау, возникновение нефрита имеет 2 стадии: I стадия — фиксация почкой микробных токсинов (антигенов); II стадия — образование вторичных антител, уже аутоантипочечных, на создавшийся белковый комплекс — ткань почки.

Антипочечные антитела обнаружены в сыворотке крови больных нефритом. В ранней стадии болезни их мало,

затем титр постепенно повышается. Научные работы по выявлению и уточнению иммунологических сдвигов при почечных заболеваниях ведутся интенсивно в нашей стране и за рубежом. Эти исследования, показывая инфекционно-аллергическую природу почечного поражения, ставят задачу обязательной и своевременной борьбы с хроническими очагами инфекции.

Masugi удалось получить экспериментально диффузный гломерулонефрит путем повторного, через равные промежутки времени, введения кроликам белковых тел и бактерий. На основании экспериментальных работ на кроликах автор сделал вывод, что процесс в почках, вероятно, разыгрывается по типу реакции антиген — антитело.

Baretto пользовался тестом Вигго Шмидта, заключавшемся в массаже миндалин, для диагностики наличия или отсутствия в них очага инфекции. Если после массажа появляется лейкоцитоз в крови (Baretto находил еще и сдвиг формулы крови влево), то миндалины нужно рассматривать как очаг инфекции.

После ангин долгое время остаются увеличенными и воспаленными лимфатические пути и узлы верхнего отдела шеи, расположенные параллельно грудино-ключично-сосковой мышце в виде валика. Это — острый или обостряющийся ограниченный лимфаденит, являющийся следствием воспалительного процесса в миндалинах.

Многие авторы, помимо воспаления ткани миндалин, подчеркивают роль регионарного лимфаденита, возникающего почти при всяком тонзиллите (Б. С. Преображенский, Е. М. Тареев, А. М. Корицкий, Kollert, Ferri Gherado, Suchanek, Schlander). Сенсибилизацию близлежащих тканей А. М. Корицкий считает патогенетическим моментом очаговой инфекции. И. А. Лопотко, О. Ю. Лакоткина упоминают о необходимости наличия таких местных факторов, как аутонефротоксины, для развития в сенсибилизированном организме нефрита. Почти общепризнанным является мнение о высокой частоте патогенетической связи между заболеванием миндалин и поражением почек. Kollert подчеркивает, что инфекция околоминдаликовых тканей, регионарных лимфатических узлов и лимфатических путей имеет большое значение в развитии острых и хронических нефритов. Ф. И. Литвак при изучении проблемы патогенеза острого диффузного нефрита у челове-

ка рассматривает аллергию лишь как патогенетический механизм, не умаляющий этиологической роли инфекции.

Все же до настоящего времени мы не можем считать патогенез метатонзиллярных заболеваний достаточно изученным. Если В. Г. Ермолаев, Е. А. Борщевская, Б. С. Преображенский, Д. Д. Лебедев и др. придают основное значение нервнорефлекторным влияниям патологически измененных миндалин на другие органы, то В. К. Трутнев, П. П. Сахаров, Е. И. Гудкова, А. П. Колосанов, М. А. Зеликман считают наиболее приемлемой инфекционно-аллергическую теорию. Согласно последней, ведущая роль в патогенезе хронического тонзиллита и его осложнений принадлежит стрептококку.

Касаясь вопроса патогенеза метатонзиллярных заболеваний, следует отметить, что любой патологический процесс поддерживается, а его течение и исход определяются не только активным микробным или другим агентом, но и в неменьшей степени характером реакций организма на действующий раздражитель. Большую роль играет характер взаимоотношений между микробом и организмом человека (в частности, иммунобиологическая реактивность).

Одним из больших достижений современной биологии и медицины за последние десятилетия следует считать установление важнейшей роли β-гемолитического стрептококка группы А в этиологии и патогенезе неспецифических тонзиллитов и их осложнений. Это не исключает роли другой инфекции, в том числе вирусов. Однако главная роль все же принадлежит изменению общей реактивности организма, что обусловливается воздействием очага инфекции на нервную систему и является результатом возникающих рефлекторных и нейро-гуморальных влияний, мобилизующих адаптационные и компенсаторные механизмы. При тонзиллите обнаруживаются нарушение кислотно-щелочного равновесия, изменения углеводного, белкового, витаминного обмена, соотношений белковых фракций в сыворотке крови, появление в ней С-реактивного протеина (Д. А. Пигулевский, О. Ю. Локоткина, И. Я. Готлиб, Л. А. Луковский и др.).

Следует полагать, что наличие хронического тонзиллита также является выражением недостаточности адаптационных реакций, что влечет за собой в свою очередь разнообразную патологию, помимо развития ревматизма

или нефрита. Возможно, что в каких-то случаях это лежит в основе образования скрытых вначале периодов развития некоторых других заболеваний коллагеновой ткани (С. А. Гиляревский, С. О. Андросова).

При гистохимическом и биохимическом изучении удаленных миндалин отмечаются изменения со стороны мукополисахаридов, нуклеиновых кислот ферментов, углеводно-фосфорного обмена, сульфгидрильных групп, микроэлементов. Значительное изменение при этом иммунологической реактивности организма и местной реактивности миндалин определяет дальнейшее течение хронического тонзиллита и его исход.

Многими работами (Б. С. Преображенский, В. И. Иоффе, М. С. Лурье, Л. А. Луковский, Д. А. Пигулевский и др.) доказано также огромное значение аллергического компонента в патогенезе хронического тонзиллита и его осложнений — бактериальной и аутоаллергии. Н. М. Митрохина указывает, что, помимо основного аллергизирующего фактора, аллергия при хроническом тонзиллите может сочетаться и усложняться за счет аллергизирующего действия других инфекций, например аденовирусной. Может возникнуть сложный процесс полиаллергии. Этой же точки зрения придерживается Brod, рассматривая этиологию и патогенез острого гломерулонефрита с позиций аллергических реакций на инфекцию, в том числе чаще всего в миндалинах (В. В. Сура, Babics, Rényi-Vámes).

Безусловно, причины, способствующие развитию патологического процесса в миндалинах, должны привлекать к себе внимание с целью их профилактического устранения, уменьшения числа заболеваний миндалин и их осложнений. Одной из причин, играющих немаловажную роль в развитии ангин и хронических тонзиллитов, является запыленность воздуха, все еще относительно высокая на ряде предприятий (например, ткацких), а также холодовый фактор.

Р. А. Фельбербаум в эксперименте доказал наличие рефлекторных влияний с механорецепторов различных отрезков верхних дыхательных путей. Степень и характер влияний зависят не только от интенсивности раздражения, но и от места его происхождения. Наиболее выраженные реакции оказались при раздражении глотки. Это заставило автора предположить, что при поражении

миндалин они являются источником измененной, патологической импульсации, идущей в центральную нервную систему и изменяющей как функциональное состояние органов, так и общую реактивность организма.

Ф. М. Бернет пишет, что проявление заболевания через 1—2 недели после стрептококковой инфекции зева довольно определенно указывает на иммунологический характер реакции. Он объясняет эти факты двояко: 1) стрептококки продуцируют в зеве растворимый продукт, аналогичный токсину; этот продукт поступает в кровь и поглощается клетками различных тканей, вызывая примерно через неделю появление в крови антител; накопление их в достаточном количестве вызывает симптомы, соответствующие реакции антиген — антитело; 2) второе объяснение исходит из того, что реакция носит аутоиммунный характер; тогда роль стрептококка оказывается косвенной; стрептококковая инфекция миндаликовой лимфаденоидной ткани приводит к выработке клеток, направленных против структур макроорганизма. Купировать стрептококковую инфекцию — значит предотвратить возможное развитие острого ревматизма, а также типичного острого нефрита.

По-видимому, следует исходить из того, что патогенез метатонзиллярных осложнений сложен и складывается из ряда моментов.

Возникновение осложнений хронического тонзиллита можно объяснить сенсибилизацией организма из очага инфекции в миндалинах, в том числе длительной интоксикацией и сенсибилизацией вегетативной нервной системы. Толчком для выявления этого состояния, «разрешающим фактором» может служить любое ослабление организма (грипп, охлаждение, нервная травма и т. д.). Другими словами, для «внезапного» возникновения «второй болезни» необходимо сочетание тонзиллита и экзо-эндогенных факторов (М. С. Вовси, Г. Ф. Благман, Ф. И. Литвак, М. М. Кутырин, С. Д. Рейзельман, Е. М. Тареев, Л. М. Соловьева, Brunner).

Объяснению тонзиллогенного нефрита как аллергического по своей природе заболевания пытались найти подтверждение экспериментальным путем, вызывая у животных аллергический нефрит. Для этого сначала сенсибилизировали кроликов сывороткой человека, а затем вводили в почечную артерию разрешающую дозу анти-

гена. М. С. Бабицкая, Masugi на основании своих опытов сделали вывод, что процесс в почках разыгрывается по типу реакции антиген — антитело. Kollert считает, что нефритом осложняются чаще всего повторные обострения хронического тонзиллита, когда уже нарушены защитные механизмы. Появление же нефрита после первой ангины почти невозможно. Мнение Kollert разделяют и другие авторы. Отсюда исходит понятие о тонзиллогенных осложнениях (в частности нефритах), как о «второй болезни», имеющей аллергический характер и возникающей только на фоне сенсибилизированного организма при действии «разрешающего» фактора (В. Н. Виноградов, П. Н. Николаев).

Тонзиллогенный нефрит может возникнуть по типу идиосинкразии. Тогда его проявление возможно при первом, а не повторном соприкосновении с «идиосинкразином», без предварительной сенсибилизации. Очень часто тонзиллогенные заболевания почек выражаются в форме легко просматриваемого очагового, а не диффузного нефрита. Это наводит на мысль о том, что имеется основание предполагать более частое возникновение нефрита, чем это диагностируется клинически. Ведь большинство больных, обращающихся по поводу ангин или обострения хронического тонзиллита, не подвергается лабораторному обследованию во время болезни, а тем более на протяжении 2—3 недель после выздоровления, что затрудняет возможность своевременной диагностики осложнений.

Нередко организм больного хроническим тонзиллитом приобретает повышенную чувствительность к данному виду микробов, и тогда возникают те или иные аллергические явления. Таким путем и создается связь ангин и хронических тонзиллитов с ревматизмом, неспецифическим инфекционным полиартритом и другими заболеваниями.

В работе В. Ф. Ундрица уделяется должное внимание факторам, предрасполагающим к возникновению хронического тонзиллита и его осложнений. Снижаются реактивные способности организма при воздействии пылевого фактора, дефицита витаминов, резких колебаний температуры, местного охлаждения кожи и т. д. Большинство проб при хроническом тонзиллите указывает на состояние сенсибилизации организма. Обнаружена

зависимость клинических форм тонзиллита от иммунологического состояния организма, а также изменение иммунобиологической активности при удалении очага в миндалинах. В. Ф. Ундриц считал, что процессы аллергизации и аутосенсибилизации, возникновение которых тесно связано с особенностями реактивности, в свою очередь влияют на общую и специфическую реактивность организма. Они лежат в основе обострений хронического тонзиллита и возникновений тонзиллогенных заболеваний.

Р. А. Фельбербаум на основании своих экспериментальных исследований полагает, что при поражении миндалин возникает измененная, патологическая импульсация, идущая в центральную нервную систему, которая изменяет общую реактивность организма, а также функциональное состояние органов.

Сходные мысли высказаны в работе И. П. Данилова, который пытается объяснить влияние хронического тонзиллита и связь его с терапевтическими заболеваниями не только интоксикацией, но и особенностями топики миндалин. При хроническом тонзиллите происходит длительное раздражение шейных симпатических узлов, что может вызвать дисфункцию вегетативных сосудистых центров. Т. И. Чубаров приводит ряд работ, в которых указывается на непосредственную связь между поражением почек и гнойными очагами в различных участках тела, в том числе и миндалинах (М. П. Кончаловский, Я. А. Ловцкий, Л. Т. Левин, Л. А. Луковский).

Близкий контакт патогенных бактерий в лакунах миндалин с многочисленными кровеносными и лимфатическими капиллярами способствует развитию состояния местной и общей сенсибилизации. Этому же служат рефлекторные реакции на раздражение афферентных нервных окончаний в лакунах миндалин.

Ангина как этиологический фактор заболеваний почек

Многие авторы, говоря об этиологии заболевания почек, считают ангину повинной наравне со скарлатиной.

По Volhard, почти $^{1}/_{4}$ всех нефритов возникает исключительно вследствие тонзиллита. Segura считает тонзиллит причиной каждого нефрита с гематурией.

С. И. Рыскин, исходя из статистических данных, пишет, что нефриты связаны с ангиной еще чаще, чем ревматизм.

Количество заболеваний нефритом, так же как и ревматизмом, увеличивается при росте ангинозных заболеваний. Рецидивы ангин ухудшают течение почечного процесса и могут привести к развитию хронической почечной недостаточности.

М. К. Гольдманович, наблюдая 90 больных хроническим тонзиллитом, ставит на первое место осложнение ревматизмом, на второе — эндокардиты, на третье — заболевания почек.

А. Т. Бондаренко обнаруживал у 90% не лечившихся больных ангиной на 3-й день заболевания признаки поражения почек.

А. А. Потапов, обследовавший больных острым или обостренным хроническим тонзиллитом, у 85,3% (64 больных) обнаружил острый нефрит, у 6,7% (5 больных) — слабо выраженный нефроз и только у 8% (6 больных) оказались здоровые почки. Таким образом, в 92% (69 из 75 больных) имелось поражение почек. Автор подчеркивает, что нефрит при остром воспалении миндалин в большинстве случаев протекает по типу очагового поражения, без повышения кровяного давления и без нарушения функциональной способности почек (пробы с концентрацией и разведением). Проводились экспериментальные исследования на собаках с целью установить частоту поражения почек при ангине. Получив у 43 собак 76 раз воспаление миндалин, А. А. Потапов обнаружил поражение почек в 78,3%. В то же время до заболевания миндалин оно наблюдалось у собак в 18,5% случаев.

Э. Л. Свечникова в 1953 г. предложила модель ангины на кроликах, учитывая чувствительность их к наиболее распространенному у человека возбудителю ангин — β-гемолитическому стрептококку группы А. Ангина вызывалась сочетанием заражения кролика β-гемолитическим стрептококком и длительным охлаждением, что вызывало изменение реактивности организма.

В 1956 г. И. А. Лопотко и О. Ю. Лакоткина получили по той же методике экспериментальную ангину у собак, А. А. Арутюнов и А. А. Гюлхасян — у собак и у кроликов. Э. В. Гюллинг приводит методику воспроизве-

дения хронического тонзиллита в эксперименте на собаках. Экспериментальная модель ангины позволяет углублять сведения и знания в отношении патогенеза тонзиллогенных процессов.

Поражение небных миндалин — не единственный источник инфекции. Однако при заболеваниях сердца, суставов, почек миндалины оказываются источником инфекции так часто, что изучение вопроса об их взаимоотношении с названными формами заболеваний является весьма существенным.

В работах Б. М. Сагалович приводятся результаты изучения деятельности почек при экспериментальной ангине у собак с выведенными под кожу мочеточниками по методу И. П. Павлова — Л. А. Орбели. Функция почек оценивалась по кривой диуреза, клубочковой фильтрации, канальцевой реабсорбции, эффективному почечному кровотоку, данным общего клинического анализа мочи.

Исследования показали, что экспериментальный тонзиллит, как правило, сопровождается нарушением функции почек различной степени выраженности. Все изменения ликвидируются после выздоровления от тонзиллита. Повторные ангины дают более глубокие изменения функции почек, сохраняющиеся более длительное время.

Скорость почечного кровотока после ликвидации ангины еще превышает исходный уровень, что говорит о компенсаторной гиперемии в почках. В случаях слабо выраженного тонзиллита без общих проявлений все показатели почечной функции могут оставаться без изменений, однако скорость кровотока усиливается. В то же время в разгар тонзиллита с бурными общими проявлениями скорость кровотока замедляется. Морфологические исследования почек у подопытных животных обычно не обнаруживают признаков воспаления после одной перенесенной ангины. Но при повторном тонзиллите, а также при однократном, но вызванном с помощью охлаждения организма, функция почек изменялась по всем показателям на долгое время, даже после ликвидации тонзиллита, а при патогистологическом исследовании почек обнаруживались признаки очагового нефрита. Б. М. Сагалович считает, что изменение почечного кровотока является тем фоном, на котором при определенных условиях могут развиваться более глубокие нарушения деятель-

ности почек — органические поражения, вплоть до нефрита.

В ряде работ нефрит трактуется как результат аутоаллергии. Для подтверждения этого объяснения возникла необходимость создания экспериментальной модели нефрита без введения внешних белковых агентов (антигенов).

Все известные до сих пор модели — это активное вмешательство в иммунобиологический статус организма введением нефротической сыворотки от животного-донора, чужеродного белка гамма-глобулина (More, Waugh), взвеси убитых стрептококков совместно с эмульсией почек от другого животного того же вида (Cavelt) или же предварительная сенсибилизация животного с введением повреждающих веществ (Beregi). Н. Н. Пятницкий, В. П. Быкова и Т. Э. Липко описывают эксперимент, в котором хроническое введение пилокарпина в сочетании с охлаждением приводит к развитию диффузного гломерулонефрита у кроликов, подвергнутых односторонней нефрэктомии. Механизм этой модели нефрита можно объяснить как с позиций понятия об аутоаллергии, так и вазомоторными расстройствами в клубочке.

А. И. Струков и В. В. Серов уделили особое внимание изучению иммуноморфологии и ренального сосудистого русла при гломерулонефрите в эксперименте. Авторы приходят к выводу, что извращение ренального кровообращения, а также недостаточность интраорганной лимфатической системы почек, развивающиеся при экспериментальном гломерулонефрите, способствуют развитию дистрофических и склеротических процессов в почках и тем самым определяют в известной степени прогрессирование почечных поражений, переход острых и подострых форм заболевания в хронические.

В литературе имеются данные о тяжелых осложнениях на почки после ангин. Описаны случаи тяжелого нефрита с уремией (А. А. Потапов, И. Н. Свечников и А. С. Чернозерский, Kayser-Petersen, Schwab).

Kayser-Petersen и Schwab из 479 человек, больных ангиной, наблюдали осложнения на почки у 7,5%. По статистическим данным Malan, у 7% больных наблюдаются послеангинозные нефриты (не считая тех больных, у которых появляются лишь легкие симптомы раздражения

почек). Наблюдения Malan позволили ему обнаружить реакцию почек у 0,74% больных из 2246 человек, оперированных по поводу хронического тонзиллита. При острых нефритах в качестве причины заболевания в 44% случаев было поражение глотки, а в 14% — ангина была возможной, но не доказанной причиной нефрита.

А. Дубровский обнаружил заболевание почек почти у 20—25% больных острой ангиной.

Sainz и Pardo диагностировали заболевания почек у 45,5% из 200 детей, болевших ангинами. Функция почек не была поражена, только в отдельных случаях наступало нарушение выделения воды.

Л. И. Виленский у 79% больных нефритом считает причиной заболевания ангину и грипп.

По статистике Gladis-Boy, Morawitz и Schön, 50% нефритов имеют своим источником хронические воспалительные изменения в зеве, причем и латентное течение хронического тонзиллита нередко ведет к заболеванию почек. Д. Д. Лебедев и А. В. Долгополова считают, что у всех детей, страдающих почечным заболеванием, необходимо проводить детальный осмотр глотки и носоглотки. Улучшение в состоянии почек при удалении хронически воспаленных миндалин также подтверждает причинную зависимость между этими двумя заболеваниями.

Д. Г. Чирешкин обследовал во время заболевания ангиной и в ближайшую неделю после нее 50 детей со здоровыми почками. Оказалось, что в $^{1}/_{5}$ случаев отмечались нерезко выраженные изменения мочи. Он же обследовал 100 детей, больных нефритом, и в 45% обнаружил имеющийся хронический тонзиллит.

В докладе на XXIV Конгрессе отоларингологов в Италии в октябре 1928 г. Malan пытался объяснить патогенез осложнений ангин, особенно патогенез нефритов. С точки зрения сторонников эндогенного происхождения ангин, нефрит представляет собой лишь одновременное проявление общей инфекции. С точки зрения экзогенной теории почечный процесс можно считать вторичным по отношению к ангине и видеть между ними причинную связь. Конечно общая инфекция также может дать одновременное поражение почек и миндалин. В свою очередь инфекция из миндалин может распространиться по лимфатическим или кровеносным путям и дать вторичные заболевания (например, в почках).

Некоторые авторы пытались установить, как часто нефриту предшествует острая ангина или обострение хронического тонзиллита и имеются ли какие-либо клинические параллели между тяжестью предшествовавшей ангины и последующего нефрита.

В клинике, руководимой М. П. Кончаловским, из 147 больных острым нефритом у 41 (27,8%) причиной заболевания был грипп, у 14 (9,5%) — ангина.

М. С. Вовси и Н. Л. Стоцик нашли, что из 300 больных острым диффузным нефритом у 25% заболеванию предшествовала гриппозная инфекция, а у 21% — ангина.

Приблизительно такие же цифры приводят и другие авторы (В. В. Пежарская и М. С. Бабицкая, С. Вербов, А. М. Сигал). Сроки возникновения нефритов после перенесенной ангины разные. Это можно объяснить тем, что больные не всегда связывают свое заболевание с перенесенной ангиной, не всегда замечают последнюю, если она протекает в легкой форме, переносят ее «на ногах», дают неточные анамнестические сведения. В среднем время проявления реакции почек на перенесенное воспаление миндалин определяется 7—21 днем (М. С. Вовси и Н. Л. Стоцик, В. В. Пежарская, М. С. Бабицкая, С. С. Барац, И. Т. Теплов, Reitter и др.). Некоторые считают, что заболевание почек возникает уже во время инфекционного процесса в миндалинах (А. А. Потапов, И. В. Корсаков, Brunetti, Kayser-Petersen и Schwab).

Невозможно предвидеть, наступит ли осложнение после острого тонзиллита или перенесенного обострения хронического тонзиллита, а если наступит, то по истечении какого времени и в какой форме. Далеко не всегда тяжесть клинического течения тонзиллита соответствует тяжести наступившего почечного заболевания. Клиника этих страданий не идет параллельно (Л. Т. Левин, И. В. Корсаков, Malan, Segura, Kô, Shaulong).

В ряде работ приводятся случаи заболевания почек после легкой, перенесенной «на ногах» ангины (А. М. Корицкий, М. Ф. Цытович, Е. П. Разумова, М. С. Вовси и Н. Л. Стоцик, Cremonesi, Germinale, Kohleder).

А. Пржецехтел указывает на серьезность ангин, мало проявляющихся внешними общими симптомами, но могущих быть причиной осложнений. В то же время тяжелые флегмонозные процессы в глотке могут не отразиться на состоянии почек. Однако И. В. Корсаков считает, что

флегмонозные ангины значительно опаснее для почек. Kayser-Petersen и Schwab обнаружили, что у больных, перенесших ангину, осложнение в виде нефрита наступило в 6,3% случаев. У тех же больных, которые наряду с ангиной перенесли воспалительный процесс и в перитонзиллярной ткани, число получивших тонзиллогенный нефрит возросло больше чем в 2 раза (13,6%). Malan также сообщает, что при флегмонозных процессах в глотке осложнения на почки встречаются в 2 раза чаще. Все же следует считать, что тяжесть процесса в глотке не отражается на тяжести клинического течения осложнения. В происхождении осложнения и в характере его течения играет несомненную роль, с одной стороны, реактивность всего организма, состояние почечной ткани, с другой — вирулентность инфекции.

Наши собственные наблюдения касались больных, лечившихся в отоларингологической клинике I Московского ордена Ленина и ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени И. М. Сеченова по поводу хронического тонзиллита, осложнившегося заболеванием почек, и поступивших в основном из терапевтических клиник этого института.

Наблюдалось, обследовалось и лечилось 130 больных, из них у 50 человек был острый диффузный нефрит, у 12 — острый очаговый нефрит, у 12 — хронический диффузный нефрит, у 14 — хронический очаговый нефрит; 2 человека болели подострым нефритом и у 10 диагностированы прочие заболевания мочевой системы (цистит, пиелит, паранефрит и т. д.).

По материалам архива клиники болезней уха, горла и носа I Московского ордена Ленина и ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. И. М. Сеченова, с 1925 по 1957 г. из 8184 больных, лечившихся по поводу хронического тонзиллита, у 447[1] (5,47%) имелось метатонзиллярное заболевание почек, выраженное в той или иной степени. Распределение больных по характеру нефрита (включая собственные наблюдения и данные архива клиники) представлено в табл. 1.

Наибольшее число больных оказалось в возрасте от 20 до 30 лет. Мужчин и женщин было приблизительно по-

---

[1] Эта цифра включает и наши 130 наблюдений.

ровну. Как видно из рис. 8 и табл. 1, преобладали острые и хронические диффузные нефриты.

Таблица 1

Распределение больных по характеру нефрита

Наименование болезни	Собственные наблюдения		Данные архива		Всего	
	число больных	%	число больных	%	число больных	%
Острый диффузный нефрит	50	38,4	162	51,1	212	47,4
Острый очаговый нефрит	12	9,2	6	2,0	18	4,0
Хронический диффузный нефрит	42	32,3	117	36,9	159	35,6
Хронический очаговый нефрит	14	11,0	14	4,4	28	6,3
Подострый нефрит	2	1,5	5	1,5	7	1,6
Прочие (цистит, пиелит, паранефрит)	10	7,6	13	4,1	23	5,1
Итого . . .	130	100	317	100	447	100

Для того чтобы установить частоту заболеваний почек при хроническом тонзиллите и роль ангин в их возникновении, мы изучали роль предшествующих заболева-

Таблица 2

Причины возникновения нефрита
(собственные наблюдения)

Причины возникновения нефрита	Число больных	%
Ангина	104	80,0
Грипп	6	4,6
Скарлатина	2	1,5
Простуда, переохлаждение . . .	1	0,8
Катаральное воспаление верхних дыхательных путей и пневмония	1	0,8
Прочие	16	12,3
Всего . . .	130	100

ний в возникновении процесса в почках по данным тщательно собранного анамнеза больных. Оказалось, что у 104 человек (80%) ангина предшествовала и явилась причиной развития заболевания почек; у 14 (10,7%) она оказалась причиной обострения уже имеющегося заболе-

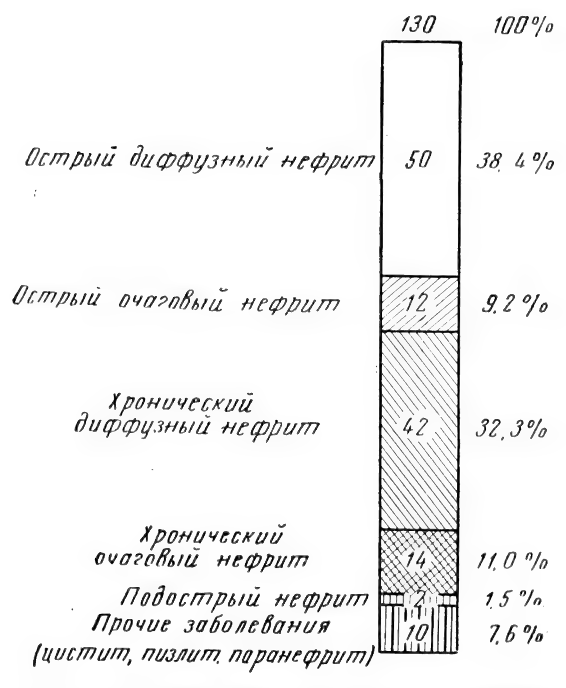

Рис. 8. Распределение больных по характеру нефрита (собственные наблюдения).

вания почек. Табл. 2 иллюстрирует причины, вызвавшие патологические процессы в почках.

Приведем несколько выдержек из историй болезни, в которых очень четко видна этиологическая зависимость возникновения нефрита от ангины и влияние ангин на уже существующий нефрит (рецидив тонзиллита дает рецидив нефрита).

Больной О., 25 лет, переведен из терапевтической клиники 8/X 1955 г. с диагнозом хронического тонзиллита, хронического нефрита. При поступлении — жалобы на частые ангины (до 7—8 раз в

год) с высокой температурой. В 1952 г. после ангины обнаружен белок в моче, эритроциты. Стационирован в госпиталь, где диагностировали нефрит. После 1952 г. несколько раз болел ангиной, причем каждая ангина давала обострение нефрита. В сентябре 1955 г. перенес тяжелую ангину с температурой до 40°. Через 5 дней после ангины появились боли в пояснице, в моче обнаружен белок до 1,65‰, эритроциты, цилиндры. Стационирован в терапевтическую клинику, откуда после соответствующего лечения почек переведен для тонзиллэктомии к нам.

При поступлении артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Слизистая оболочка глотки и зева без изменений. По краю передних небных дужек легкая инъекция сосудов. Миндалины небольшие, рыхлые, в лакунах жидкий гной. Регионарные лимфатические узлы увеличены, безболезненны, легко подвижны. Нос, носоглотка, уши, гортань без изменений.

12/X 1956 г. произведена двусторонняя тонзиллэктомия. На 2-е сутки после операции — явления обострения нефрита, державшиеся 3 дня, а затем ликвидировавшиеся. Выписан в хорошем состоянии.

Приведенный пример иллюстрирует связь заболевания почек с наличием хронического тонзиллита. Диагноз последнего подтверждается данными клиники и анамнеза. Впервые заболевание почек возникло после ангины. Каждая последующая ангина давала обострение нефрита. После удаления миндалин, как видно из катамнеза, ангина ни разу не повторялась и ни разу не было обострений нефрита.

Больной Ж., 21 года, переведен из терапевтической клиники 18/IX 1955 г. с диагнозом острого нефрита, хронического тонзиллита и хронического гайморита. Жалуется на частые насморки. В 1954 г. перенес ангину с высокой температурой, после чего через неделю появились боли в пояснице, красная моча. Стационирован с диагнозом острого нефрита. В октябре 1955 г. рецидив ангины, сопровождавшийся рецидивом нефрита с повышением артериального давления.

При поступлении: артериальное давление 110/60 мм рт. ст. Картина хронического тонзиллита и правостороннего хронического гайморита. 22/XI 1955 г. произведена двусторонняя тонзиллэктомия. В течение 3 дней после операции — обострение нефрита, затем явления обострения исчезли. Проведена санация гайморовой пазухи пункциями с введением пенициллина. Выписан в хорошем состоянии.

Как и в предыдущем примере, связь между заболеванием миндалин и нефритом налицо: после ангины с высокой температурой возникло заболевание острым нефритом. По-видимому, тонзиллэктомия предотвратит и возможность рецидива нефрита, так как прекратятся вызывающие его ангины. Наблюдение, проводившееся в течение нескольких лет, подтверждает наше предположение: Пациент Ж. здоров, ничем не болеет.

Может быть и так, что нефрит, возникнув в результате ангины, впоследствии дает обострения под влиянием других причин.

Толя Н., 9 лет, поступил 22/XII 1955 г. с жалобами на ангины 6—8 раз в год, с высокой температурой (до 39°). В 1954 г. после ангины развился острый нефрит. По этому поводу мальчик находился в терапевтической клинике. В 1955 г. вновь ангина с температурой 39°, обусловившая обострение нефрита. Через полгода заболел скарлатиной, которая дала третье по счету обострение нефрита. Диагноз при поступлении в клинику: хронический тонзиллит, хронический нефрозо-нефрит.

9/I 1956 г. произведена тонзиллэктомия. После операции на 2-й день — обострение нефрита, длившееся 11 дней. По улучшении состояния выписан.

В данном случае нефрит возник как осложнение после ангины, причем рецидивы ангин влекли за собой обострения нефрита. Затем обострение нефрита было вызвано последовавшим инфекционным заболеванием — скарлатиной. Наблюдения, проводившиеся в течение нескольких лет после тонзиллэктомии, показывают, что мальчик ничем не болел, обострений нефрита не было.

Больная К., 18 лет, переведена из терапевтической клиники с диагнозом хронического тонзиллита, острого нефрита. С детства 3—4 раза в год ангины с температурой 38°, длительностью 4—5 дней. Были флегмонозные ангины и перитонзиллярные абсцессы. В октябре 1955 г. через 2 недели после ангины появились боли в пояснице, отеки, повышенное артериальное давление. Диагностирован острый нефрит, больная стационирована. В декабре 1955 г. перенесла грипп, который дал обострение нефрита. Вновь стационирована в терапевтическую клинику, откуда переведена в нашу клинику.

13/IV 1956 г. произведена тонзиллэктомия, после чего на следующий день возникло обострение нефрита, длившееся 5 дней. После улучшения состояния переведена для дальнейшего лечения в терапевтическую клинику.

В данном случае нефрит, возникший после ангины, дал обострение в связи с другой инфекцией (гриппом).

В некоторых случаях ангины давали лишь легкие симптомы раздражения почек, но мы не могли быть уверены, что после следующих ангин процесс не перейдет в настоящий нефрит. Поэтому даже при легких признаках раздражения почек не следует ждать, когда события разыграются, а сразу же после ликвидации острых явлений лучше сделать тонзиллэктомию.

Миша Г., 9 лет, поступил в клинику с жалобами на частые ангины (3—4 раза в год) длительностью от 5 до 8 дней, с температу-

рой 38°. После ангины в моче обнаружены изменения — белок, эритроциты, цилиндры (в очень небольшом количестве). Артериальное давление нормальное (90/60 мм рт. ст.). Никогда никаким заболеванием почек не страдал (по словам матери — врача-терапевта). 10/IV 1956 г. произведена тонзиллэктомия, после чего в течение 4 дней усилились патологические изменения в моче. Они трактовались как токсические, тонзиллярного происхождения. По улучшении состояния выписан домой. В последующие годы мальчик ничем не болел. Регулярные исследования мочи не показывали никаких отклонений от нормы.

Некоторые затруднения возникли при попытке доказать зависимость нефрита именно от поражения миндалин, а не случайность этого сочетания. Здесь помогли следующие наблюдения: нефриты, не поддававшиеся терапевтическому медикаментозному, диетическому лечению и другим мероприятиям, обострявшиеся после каждой ангины, давали значительное улучшение после консервативной санации и совсем проходили после удаления тонзилл. Этот факт натолкнул на мысль применять промывание лакун миндалин в качестве теста, который нередко может помочь в диагностике тонзиллогенного происхождения почечных заболеваний. Если почечный процесс действительно имеет связь с тонзиллитом, то после промывания лакун миндалин может наступить улучшение (иногда после кратковременных обострений). Однако прекращение промываний ведет через некоторое время к возобновлению прежнего состояния (В. Г. Ермолаев, В. Н. Зак, Д. А. Шкляр). Описаны случаи из практики, когда удаление миндалин явилось решающим моментом для излечения заболевания почек, что доказывало тонзиллогенную природу нефрита (Т. И. Чубаров, Moure, Spinelli и др.). Кроме того, доказательны такие примеры: по каким-либо причинам удаляют лишь одну миндалину. Нефрит продолжается. Стоит удалить вторую миндалину, как через некоторое время наступает излечение (М. А. Ятнек).

Интересны случаи неполной тонзиллэктомии, т. е. когда в нишах оставались неудаленными части миндалин. Выздоровление почечного заболевания наступает только после дополнительной полной эктомии (Spinelli, Hinsberg, Spreng).

Для уточнения диагноза тонзиллогенного заболевания почек большую ценность имеют анамнестические данные. Так, указания больного на возникновение нефрита через

некоторое время после перенесенной ангины, частые ангины, после которых каждый раз обостряется почечный процесс, все это заставляет склониться к решению в пользу тонзиллогенности данного заболевания (Л. Е. Комендантов, С. Н. Эйгес, К. Б. Штейнман, Е. И. Ярославский, Denks).

Если же при осмотре больного нефритом обнаруживаются несомненные признаки хронического воспалительного процесса в миндалинах, то по мнению большинства авторов, сомневаться в этиологии нефрита почти не приходится (И. С. Шумский, Л. А. Луковский, С. А. Гиляревский, А. М. Гельфон, Vaitkeviciute).

В то же время изменения в миндалинах зачастую могут так мало проявляться клинически, что возникает опасность просмотреть хронический тонзиллит, особенно если в этих случаях отсутствует характерный анамнез («тонзиллит без ангин»). Б. С. Преображенский отмечает, что у ряда больных компенсированным хроническим тонзиллитом в анамнезе могут отсутствовать указания на ангины. В ряде случаев тонзиллогенных заболеваний видимой патологии в миндалинах не определяется и тем не менее недостаточная их барьерность (по И. В. Корсакову) позволяет им быть источником инфекции.

Тонзиллогенный токсикоз может оказывать определенное влияние на течение параллельно протекающих заболеваний, возникновение которых не связано с хроническим тонзиллитом. В этих случаях тонзиллогенные влияния изменяют через центральную нервную систему реактивность организма и придают особую окраску течению этих заболеваний. Это часто снижает эффективность лечебных мероприятий. Е. И. Ярославский пишет, что заболевания сердца, суставов и почек, по данным разных авторов, являются тонзиллогенными в 10—80% случаев.

Если в результате лечебных мероприятий по поводу тонзиллита улучшается течение нефритов, то наличие взаимозависимости этих процессов становится еще очевиднее. Приведем для иллюстрации несколько историй болезни. Это — группа больных, у которых этиологическим фактором возникновения почечных заболеваний была не ангина, но она каждый раз давала обострения.

Больной Г., 34 лет, переведен из терапевтической клиники с диагнозом хронического тонзиллита, хронического нефрита. Жалуется на ангины с температурой до 38°, 3—4 раза в год, с 1948 г. В 1941 г.

после сильного переохлаждения болел нефритом. С 1953 г. каждая ангина стала вызывать обострение нефрита. При поступлении в клинику артериальное давление 140/70 мм рт. ст. Клинически выраженная картина хронического тонзиллита: гиперемия небных дужек, спаянные с ними миндалины с широкими лакунами, содержащими гнойные пробки. 7/III 1956 г. произведена тонзиллэктомия. После операции — обострение нефрита в течение 10 дней. В дальнейшем артериальное давление стойко снизилось до 115/60 мм рт. ст., общее состояние улучшилось.

В этом случае возникновение нефрита связано с резким переохлаждением. В дальнейшем обострения нефрита вызывались ангинами. После удаления миндалин ангин не было, обострения нефрита не повторялись.

Таня М., 11 лет, два раза перенесла скарлатину и в 1946 г. после скарлатины — нефрит, принявший характер хронического. Часто болеет ангинами с высокой температурой; каждая ангина дает обострение хронического нефрита. После одной ангины — предуремическое состояние. При осмотре в день поступления в клинику обнаружены инфильтрированные передние небные дужки, инъекция сосудов по их краям. Миндалины рыхлые, спаяны с дужками, в лакунах гной и пробки. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, безболезненные. Диагностирован хронический тонзиллит. 8/VI 1956 г. произведена тонзиллэктомия. Обострение нефрита в течение 5 дней после операции.

В данном случае ангина неповинна в этиологии нефрита — нефрит явился осложнением скарлатины. Однако в течение нескольких лет каждая ангина давала обострение нефрита, вплоть до тяжелого предуремического состояния. Несмотря на то что нефрит нетонзиллогенного происхождения, имелись все показания к тонзиллэктомии для улучшения состояния почек.

У 9 больных, находившихся под нашим наблюдением, возникновение нефрита и его рецидивы не были связаны с ангинами, но имевшийся у них хронический тонзиллит и его обострения ухудшали общее состояние и тем самым течение нефрита. А с точки зрения выявления связи инфекционного очага с заболеванием почек заслуживают большого внимания не только факты значительного улучшения или практического выздоровления после излечения тонзиллита, но и вспышки обострений после ангин, даже явные ухудшения болезни после операции на миндалинах.

Это ценные признаки, указывающие на имевшуюся взаимозависимость двух процессов.

Нам часто встречаются примеры, когда нефрит развивался после одной из многократно перенесенных ангин, которые ранее не давали осложнений на внутренние органы.

Наряду с этим имеются и такие примеры, когда, казалось бы, безобидные ангины вдруг после очередного рецидива дают осложнения сразу на несколько систем или органов.

Больная К., 18 лет, переведена из терапевтической клиники с диагнозом хронического тонзиллита, острого очагового нефрита, узловатой эритемы. В течение нескольких лет болеет ангинами 2—3 раза в год, с температурой до 39°. После последней ангины появились боли в суставах, повышенная ломкость сосудов, изменения в моче. Была стационирована в терапевтическую клинику, откуда переведена в нашу клинику для тонзиллэктомии. После ликвидации острых явлений 30/V 1956 г. произведена тонзиллэктомия.

Больной В., 19 лет, переведен из терапевтической клиники с диагнозом хронического тонзиллита, острого диффузного нефрита, ревматического полиартрита. Часто болеет ангинами; кроме того, бывают боли в горле без подъема температуры. Через 3 недели после ангины появились указанные выше заболевания. Поступил к нам для удаления миндалин. 29/V 1956 г. произведена двусторонняя тонзиллэктомия.

Больная К., 18 лет, переведена из терапевтической клиники. Впервые заболела ангиной в ноябре 1955 г., с температурой 39°. В декабре — вновь ангина с высокой температурой и после нее через неделю присоединились общее недомогание, плохой сон и аппетит, бледность, боли в пояснице. При обследовании обнаружены изменения в моче. Аускультативно стал отмечаться систолический шум у верхушки сердца. С диагнозом очагового нефрита и очагового ревматического миокардита стационирована в терапевтическую клинику, а затем по поводу хронического тонзиллита направлена для тонзиллэктомии.

Операция 6/III 1956 г.

Все 3 примера иллюстрируют возможность нескольких осложнений после перенесенной ангины — нефрит, узловатая эритема, ревматический полиартрит, ревматический миокардит и др.

Больная Ч., 34 лет, в прошлом никогда не болела ангинами. В марте 1956 г. в течение 5 дней впервые в жизни заболела ангиной с температурой 39°, были боли в горле при глотании. Через 4 дня после ангины развился острый нефрит с нефротическим компонентом. Стационирована в терапевтическую клинику, откуда переведена в нашу клинику для тонзиллэктомии. 28/V 1956 г. оперирована.

В течение 3 дней наблюдалось обострение нефрита. Затем эти явления стали убывать.

Этот пример наглядно показывает, как перенесенная лишь один раз в жизни ангина может стать причиной осложнения, в данном случае острого нефрита.

Некоторые наши больные не знали, что страдают заболеванием почек. Это «открылось» случайно, при обследовании в военкомате или на профилактическом медосмотре физкультурников и т. д., а иногда и просто при поступлении в клинику по поводу хронического тонзиллита.

Сроки возникновения нефрита после ангины, по данным наших наблюдений, оказались следующими (табл. 3). Непосредственно во время ангины нефрит возник у 14 человек (13,4%), от 1 до 7 дней после ликвидации ангины — у 34 (32,7%), от 8 до 14 дней — у 25 (24,1%), от 15 дней и больше — у 24 (23,1%); срок возникновения нефрита после ангины остался невыясненным у 7 человек (6,7%). Таким образом, наибольшее количество осложнений нефритом приходится на срок до 2 недель после ликвидации ангины.

Таблица 3

Сроки возникновения нефрита после ангины
(собственные наблюдения)

Срок между возникновением ангины и нефрита (в днях)	Число больных	%
Непосредственно во время ангины	14	13,4
1—7	34	32,7
8—14	25	24,1
15 и больше	24	23,1
Срок не выяснен	7	6,7
Всего . . .	104	100%

Весьма близкие к нашим результаты исследований приводит Д. Г. Чирешкин. Им установлено, что из 119 детей, болевших диффузным гломерулонефритом, 39,5% заболели после предшествовавшей ангины. Срок развития осложнения (нефрита) чаще всего равен 2 неделям от начала заболевания ангиной, что может служить лишним аргументом для подтверждения инфекционно-аллергической теории нефритической болезни.

Существует ли клиническая параллель между степенью и характером поражения миндалин и почек?

На основании изменений в миндалинах не всегда представляется возможным правильно решить вопрос о тонзиллите как причине данного хрониосептического заболевания.

Известно, что для диагноза хронического тонзиллита недостаточно обнаружить отдельные его симптомы — изменения в окраске, величине и консистенции миндалин, дужек, наличие выделений из крипт. Более кардинальным симптомом является наличие в анамнезе указаний на рецидивирующие ангины (А. Л. Гинзбург, Р. М. Фишман, И. С. Шумский, Е. И. Ярославский и др.).

Часть авторов считает, что при тонзиллогенных нефритах встречаются маленькие, атрофированные миндалины с гнойными пробками и одновременным регионарным лимфаденитом (Borri, Denks). Одно из заседаний на XXIV конгрессе Итальянского общества отоларингологов в 1928 г. было посвящено проблеме ангины и нефрита.

В программном докладе Brunetti подчеркнул, что маленькие миндалины дают иногда более тяжелые осложнения на почки, чем большие, гипертрофированные.

Другие авторы, наоборот, находят при тонзиллогенных нефритах миндалины обычной величины или гипертрофированные (Е. И. Ярославский, К. Ф. Еленевский, Е. А. Дуткевич и Д. Е. Розенгауз и др.). С. Н. Эйгес и К. Б. Штейнман отмечают отсутствие аналогии между величиной миндалин и наличием хронического тонзиллита.

Б. С. Преображенский говорит о возможности различных взаимоотношений между тонзиллитом и нефритом.

Нефрит может быть тонзиллогенным, т. е. его возникновение связано с тонзиллогенной инфекцией. Может быть нефрит любой другой этиологии, но поддерживаемый тонзиллярной интоксикацией. Наконец, нефрит может находиться лишь в видимой зависимости от параллельно протекающего тонзиллита.

Роль миндаликовой флоры в патогенезе тонзиллогенных заболеваний почек

Признавая стрептококк возбудителем ангины, следует помнить, что заболевание вызывает не сама микробная клетка, а токсины, которые всасываются в организм, воздействуя на рецепторы миндалин. Это приводит к развитию общего процесса с вовлечением центральной и периферической нервной системы и ретикуло-эндотелиальной системы. Возникает в ответ сначала подавление, а затем восстановление защитных иммунологических функций.

Volhard на основании своих наблюдений делает вывод, что миндалины играют роль входных ворот для инфекции при заболеваниях почек. Той же точки зрения придерживается ряд других авторов (Robecchi, В. В. Пежарская, М. С. Бабицкая, С. А. Гиляревский и А. М. Гельфон; Läyman, Pässler, Erblich, Goldmann и др., по А. А. Потапову).

Sainz оговаривается в своей работе, что механизм взаимосвязи заболевания миндалин и почек трудно объяснить отчетливо. Он признает роль как бактериальной эмболии и токсемии, так и эндокринных нарушений, что требует, по его мнению, дальнейших исследований. М. М. Кутырин считает, что инфекционный очаг в миндалинах понижает сопротивляемость организма, благодаря чему возможны тонзиллогенные осложнения.

Этиологическим фактором в патогенезе почечного заболевания не является одно лишь присутствие возбудителя инфекции в миндалинах. Большую роль играют степень вирулентности микробов, характер выделяемого ими токсина, защитные свойства самих миндалин против инвазии бактерий, различная восприимчивость почечной ткани к определенным микробам и их токсинам и, наконец, такие факторы, как конституция и иммунобиологические свойства всего организма (В. Н. Зак, В. Ф. Ундриц, И. Т. Теплов, В. Н. Виноградов, С. С. Барац, В. А. Вальдман, Malan, Gelanzè).

Borri описывает гематурию при хроническом тонзиллите, являющуюся результатом не воспалительного, а дегенеративного процесса в эндотелиальных элементах, особенно в мальпигиевых клубочках. В другой работе он, основываясь на экспериментах, пытается дать анатоми-

ческие обоснования для объяснения гематурии при хронических тонзиллитах. Он впрыскивал морским свинкам фильтрат культуры, взятой с поверхности миндалин людей, больных хроническим тонзиллитом. Через 2—4 месяца животных забивали и производили патологоанатомическое исследование. При этом в почках (в корковой субстанции и особенно в клубочках) находили дегенеративный процесс.

С. Вербов, напротив, видит в возникновении тонзиллогенного нефрита воспалительный процесс. Он объясняет его развитие следующим образом: значительное большинство острых нефритов имеет в своей основе бактерийную инфекцию, причем возбудители нередко могут быть обнаружены в моче. Почки должны элиминировать бактерии и их токсины из организма. Это часто происходит без ущерба для них даже в течение нескольких лет (бактериурия). Но при неблагоприятных условиях почечный иммунитет оказывается недостаточным и может развиться воспалительный процесс.

Kô, Shaulong считают, что основными ядовитыми веществами, обусловливающими возникновение нефрита, являются продукты распадающегося клеточного белка и стрепотокковый эндотоксин.

Reilly в своей экспериментальной работе по исследованию механизма происхождения нефрита при ангине приходит к выводу, что нефрит может быть вызван передачей микробного токсина по нервам и перитонзиллярному нейро-вегетативному сплетению. Опыты заключались в том, что животным вводили небольшие дозы токсина вблизи сплетений вегетативной нервной системы. Ответная реакция выражалась в гематурии, альбуминурии, повышении концентрации мочевины в крови и выраженном воспалении паренхимы.

Однако это не обязательно происходит так. Местные процессы, по мнению А. Д. Сперанского, могут развиваться и вследствие прямого переноса инфекции из первичного очага через кровь или лимфу (А. М. Корицкий, С. Д. Рейзельман).

К. С. Чеснокова критикует бактериальную теорию, которая предполагает наличие защитного вала в воспаленных миндалинах, препятствующего общению инфекции с тканевыми жидкостями. Кроме того, поражение какого-либо органа объясняется по этой теории органотропно-

стью микроба, проникшего через защитную ткань вала при нарушении барьерных функций. Автор считает более обоснованной аллергическую теорию объяснения механизма тонзиллогенных осложнений. Большую роль в этиологии нефритов играет повышение проницаемости эндотелия капилляров в органе, помимо прочих необходимых условий (эндо- и экзогенных факторов). В силу недостаточной барьерности, выражающейся лишь в физиологической дисфункции, миндалины могут играть роль проводника инфекции (В. И. Воячек, К. А. Дреннова).

Г. И. Матешвили подчеркивает роль центральной нервной системы в возникновении и течении нефрита. По утверждениям Б. А. Черногубова, И. В. Давыдовского, Н. И. Гращенкова и др., в начальных стадиях нефритической болезни имеют место нервнорефлекторные изменения в почках.

К. М. Быков утверждает, что нарушение регулирующей функции коры головного мозга может привести к развитию нефритической болезни вследствие более или менее длительного спазма сосудов клубочкового аппарата почек и других областей тела.

В основе инфекционно-аллергических поражений внутренних органов, в том числе и нефритов, лежат первично-сосудистые изменения, нередко являющиеся следствием первичной инфекции в миндалинах. В. А. Вальдман, С. С. Барац рассматривают острый диффузный гломерулонефрит как воспалительное заболевание сосудистой системы всего организма с преимущественным поражением сосудов почек (нарушение целостности капилляров клубочка). По их мнению, нефриты чаще всего связаны со стрептококковой инфекцией миндалин. Авторы придают большое значение простудному фактору. Воздействие влажного холода активизирует хронический инфекционный очаг в организме и способствует передаче сосудистого спазма с кожных капилляров на почечные.

Различные внешние факторы, например сезонно-метеорологические, случайное охлаждение и т. п., несомненно, оказывают влияние на заболеваемость ангиной и должны рассматриваться как неспецифические моменты, играющие роль в снижении общей реактивности организма.

В. Г. Молотков на основании клинических наблюдений и экспериментальных исследований считает, что этиологическими факторами нефрита являются преимуществен-

но факторы внешнего характера, оказывающие свое действие при условии пониженной сопротивляемости и повышенной восприимчивости, нередко сверхчувствительности организма.

Malan рассматривал причину происхождения большого числа острых и хронических диффузных гломерулонефритов в свете эмболико-инфекционной теории. Он признавал стрептококк господствующим патогенным фактором. Однако Malan не отрицал возможности возникновения нефрита в связи с продуктами жизнедеятельности микробов при отсутствии эмбола. Им высказано предположение о том, что к действию микробных токсинов присоединяется действие различных субстанций местного происхождения, например продукты лейколизиса или альбумины и протеины измененной структуры при некрозе центров размножения миндалин. Автор установил, что микробные токсины, особенно стрептококковые, обладают ярко выраженным сосудосуживающим действием, что может быть причиной ишемии почечной ткани и возникновения диффузного нефрита. Сравнивая флору миндалин при острых и хронических гломерулонефритах, Malan выяснил, что при острых гломерулонефритах в миндалинах всегда присутствует гемолитический стрептококк, а при хронических нефритах — только в 50% случаев. При ангинах, сопровождавшихся поражением почек, стрептококк встречался в 2 раза чаще, чем при ангинах без поражения почек.

Следствием острых ангин нередко является возникновение очагового нефрита эмболико-инфекционной этиологии. Наличие хронического тонзиллита может привести к осложнению в виде диффузного гломерулонефрита.

Kô и Shaulong посвятили свою работу экспериментальному исследованию связи между тонзиллитом, стрептококком и нефритом. Опыты проводились на собаках, которым делали инъекции гемолитического стрептококка в одну или обе миндалины. В 9 случаях был получен гломерулонефрит, в 3 — тубулярный нефрит, в 3 — только гиперемия и в 3 — почки остались здоровыми. Зависимости между видами стрептококка и характером изменений в миндалинах и почках не наблюдалось.

М. С. Вовси определяет острый и хронический диффузный нефрит как инфекционно-аллергическое заболевание, причем он считает несомненным, что в переходе

острого процесса в хронический немалую роль играет наличие воспалительного инфекционного очага в организме больного. Вяло протекающая скрытая очаговая инфекция изменяет, по мнению М. С. Вовси, реактивность организма в целом. Хронический нефрит является общим инфекционно-аллергическим заболеванием с генерализованным гиперергически-воспалительным поражением сосудов, чем в корне отличается от очагового эмболического нефрита. При этом наиболее поражаются сосуды почечных клубочков. При хроническом нефрите сам вялый, медленно текущий процесс в почках может стать причиной вторичных патологических изменений в организме.

Я. А. Ловцкий и И. Б. Шулутко подчеркивают необходимость отличия особой формы нефрита — рецидивирующего, который может возникнуть под влиянием причины, впервые вызвавшей нефрит или же на почве других инфекционных начал.

При наличии в организме инфекционного очага (например, хронического тонзиллита) может возникнуть подострая форма нефрита. Она тянется долго, может давать вспышки, всегда протекает по компенсированному типу, но может и перейти в хроническую форму. При удалении воспалительного очага из организма подострый нефрит часто излечивается.

Клинические наблюдения не оставляют сомнений в том, что ведущую роль в этиологии нефрита играет ряд инфекционных заболеваний, прежде всего те, при которых существенно значение стрептококковой интоксикации (ангина, скарлатина и т. п.).

Еще в 1928 г. на Русско-немецком конгрессе в Кенигсберге ученые пришли к единодушному мнению, что нефрит возникает в результате действия стрептококков, проникающих в организм через миндалины.

Б. М. Сагалович пишет, что в этиологическом отношении тонзиллит и тонзиллогенные заболевания связаны главным образом со стрептококковой инфекцией, а в отношении патогенеза — с перестройкой реактивности организма, в частности ее аллергической формой. Подобного мнения придерживается А. В. Браун, проводивший экспериментальное изучение нефрита на кроликах.

Н. Н. Пятницкий в своих работах пытался на основании патологоанатомических исследований выяснить пато-

генез нефрита. Автор ставит под сомнение и пытается пересмотреть вопрос о гломерулонефрите как воспалительном процессе.

Таким образом, большинство авторов отдает предпочтение концепции, рассматривающий тонзиллогенный нефрит как инфекционно-аллергическое заболевание с преимущественным поражением сосудистой системы. Большую роль отводят также рефлекторному воздействию очага инфекции в миндалинах на состояние других органов и систем. Учитывается раздражение рецепторов миндалин непосредственно инфекционным агентом или его токсинами, а также продуктами белкового распада в очаге воспаления в совокупности с воздействием изменения эндо- и экзогенных факторов.

ГЛАВА III

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ТОНЗИЛЛЭКТОМИЯ) У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

Показания и противопоказания к тонзиллэктомии

Воспалительные заболевания почек издавна являются одним из серьезных показаний к операции удаления миндалин — тонзиллэктомии. Следует обратить внимание на единое мнение всех авторов, что тонзиллэктомия дает хороший результат только при условии вмешательства, тогда, когда изменения в ткани почек еще обратимы и твердо установлена их тонзиллогенная природа.

В ряде случаев тонзиллэктомия может и должна быть предпринята в качестве метода предупредительной терапии, профилактики тонзиллогенных осложнений. Очень важен выбор момента операции, чтобы не спровоцировать осложнения текущего процесса в почках.

Вопрос о методах определения остроты инфекционного процесса находится в центре внимания отечественной и зарубежной медицины. По мнению Г. А. Фишман, наиболее точно отражает процесс обострения стрептококковых инфекций и отчасти аллергизации организма титр антифибринолизина. Антифибринолизин вырабатывается в организме в ответ на поступление стрептокиназы (стрептококкового фермента). Сдвиги показателей антифибринолизина происходят значительно быстрее, чем сдвиги остальных иммунологических реакций в сыворотке крови больных, в частности титра антистрептолизина.

Д. А. Пигулевский считает, что наибольшего внимания заслуживают специфические иммунологические сдвиги, например степень сенсибилизации к стрептококку и изме-

нения в общей иммунологической реактивности. Существенной является связь иммунологических и клинических изменений. Клинико-иммунологическая оценка больных хроническим тонзиллитом должна основываться обязательно на сочетании показателей стрептококковой аллергизации организма и его общей иммунологической реактивности. Это позволяет судить о напряженности инфекционного процесса. Д. А. Пигулевский предложил метод кожных проб как дополнительный способ диагностики и уточнения характера инфекционного процесса с целью выяснения опасности возникновения тонзиллогенных осложнений.

В. Г. Элькинд, наблюдая 32 больных хроническим тонзиллитом, у 26 из них диагностировал нефрит, а у 6 — нефрозо-нефрит. Всем больным произведена тонзиллэктомия. На основании результатов операции автор заключает, что тонзиллэктомия показана главным образом при затянувшихся острых нефритах с остаточными явлениями, при очаговых нефритах и некоторых подострых формах, этиологически связанных с перенесенными ангинами. При хроническом нефрите автор также рекомендует тонзиллэктомию, считая, что она является профилактикой возможных ухудшений при повторении ангин.

По данным П. Я. Демченко, при хроническом тонзиллите в 0,8% случаев показанием к тонзиллэктомии явилось наличие нефрита.

Е. М. Тареев рекомендует в случае, если нефрит затягивается, обсудить с отоларингологом возможность радикального удаления очага инфекции в миндалинах. Он считает, что надо настаивать на операции, за исключением тех периодов, когда имеется активное обострение в очаге с наклонностью к диссеминации инфекции, а также поздних периодов заболеваний почек, когда трудно рассчитывать на сколько-нибудь значительное улучшение функции почек.

Б. С. Преображенский указывает, что при наличии, помимо хронического тонзиллита, другого, сопряженного с ним заболевания, например ревматизма, нефрита и пр., следует выяснить характер взаимосвязи (прямой или обратный) между имеющимися заболеваниями. При токсико-инфекционной форме хронического тонзиллита II степени (по Б. С. Преображенскому), а также при определении патогенетического влияния хронического тонзиллита

на течение сопряженного с ним другого заболевания показано, как правило, полное удаление небных миндалин.

Поражение почек нередко отмечается при ревматизме. Однако Р. О. Каминскене не нашел патологических нарушений функции почек у больных ревматизмом без нарушения кровообращения, не болевших ангинами и хроническим тонзиллитом. Не имелось также изменений в моче. При наличии изменений функции почек у лиц, страдающих ревматизмом и хроническим тонзиллитом, лучшие результаты лечения получены после тонзиллэктомии вне периода обострений ревматизма. Функция почек восстанавливалась. Автор полагает, что своевременная и радикальная тонзиллэктомия может предотвратить дальнейшее нарушение функции почек при ревматизме.

Kollert считает тонзиллэктомию особенно показанной в случаях видимого излечения нефрита у больных, склонных к рецидивирующим ангинам, для предотвращения новых почечных обострений. Основанием для тонзиллэктомии в сомнительных случаях является повторение нефрита после рецидива ангины, а также обнаружение хронического тонзиллита у больного нефритом. Автор особенно рекомендует тонзиллэктомию в случаях подострого прогрессирующего нефрита.

Wichert предлагает тонзиллэктомию во всех случаях хронического нефрита, когда имеется хотя бы вероятность его тонзиллярной этиологии. С. А. Гиляревский и А. М. Гельфон описывают наилучший эффект от тонзиллэктомии при острых и подострых нефритах. Ряд авторов также согласен с этим мнением (М. С. Розенблат, Calamida, Jakabfi и др.).

И. И. Щербатов, Г. М. Лопатин, И. Я. Сендульский, М. М. Филиппов, В. О. Рудаков, Я. С. Темкин советуют производить тонзиллэктомию в каждом случае заболевания почек как дающую благоприятные результаты. Calamida рекомендует тонзиллэктомию в замаскированных случаях, когда неотчетливо установлена причина нефрита, и в хронических случаях с целью профилактики. Brahme показанием к удалению миндалин считает наличие хронического тонзиллита, давшего осложнение на почки, однако лишь в том случае, если миндалины можно с твердой уверенностью считать входными воротами инфекции.

М. С. Розенблат, Kollert, Suchanek, Smith и Bailay; Vilar Sancho и Alonso Ferrer удаляли миндалины и аденоиды у всех больных с отклонениями от нормы со стороны этих органов, если у них имелись заболевания почек.

Schön отрицает лечебное значение тонзиллэктомии при подостром гломерулонефрите и хронических нефритах. В то же время при острых, особенно эмболических очаговых нефритах, он считает тонзиллэктомию показанной и успешной в $^2/_3$ — $^3/_4$ случаев. Limito, Reitter, Törne тоже говорят о бесполезности тонзиллэктомии при подостром и хроническом нефрите.

Wichert отмечал, что 54% больных хроническим нефритом после тонзиллэктомии выздоравливает, а у 46% состояние не изменяется. На этом основании он рекомендует тонзиллэктомию во всех случаях хронического воспаления почек, когда имеется хотя бы вероятность тонзиллогенной этиологии. Того же мнения придерживаются Л. Т. Левин, Lenaz, Vaitkevičiute и др.

Limito приводит свои наблюдения над больными нефритом после тонзиллэктомии. У 15 из 18 больных острым очаговым нефритом через 1—3 года отмечено излечение и у 2 — улучшение (у этих 2 больных продолжалась легкая альбуминурия). У 8 из 12 больных диффузным острым гломерулонефритом наблюдалось полное излечение, у 2 улучшение и у 2 эффекта не получено. Из 7 больных хроническим нефритом у 2 отмечено излечение, у 2 — улучшение и у 3 — значительное ухудшение. Автор приходит к выводу, что при решении вопроса о тонзиллэктомии склероз и другие необратимые явления в почках являются противопоказанием к ней.

В. Г. Элькинд, Kollert, Rohleder указывают, что противопоказанием к эктомии миндалин является гипертония, причем Kollert устанавливает критерием превышение 180 мм рт. ст. (опасность последовательного кровотечения). Кроме того, он отказывается от операции, если при пробе с концентрацией удельный вес не повышается более 1016, а при пробе с разведением не падает ниже 1006.

Best описывает три типа артериального давления при остром гломерулонефрите. В 2 из них имеется гипотоническая фаза, а в третьем этот признак отсутствует. Последний тип нефрита, по мнению автора, часто протекает с клинически выраженным или же наоборот, не распознанным тонзиллитом. После тонзиллэктомии быстро устра-

няется остаточная гипертония. При таком криптогенном нефрите следует ликвидировать скрытый тонзиллит.

Большинство выступавших на XXIV Конгрессе отоларингологов в Италии в 1928 г. высказалось о необходимости лечения миндалин при общих заболеваниях. Они предлагают проводить терапию миндалин (в том числе и тонзиллэктомию) как в остром, так и в холодном периоде болезни (почек и миндалин). Почти все эти авторы сходятся на том, что различные виды тонзиллогенных нефритов лучше поддаются лечению, если его начать с удаления очага инфекции. При этом лучшие результаты достигаются при лечении острых форм.

Brunetti и Citelly предупреждали об опасности и бесполезности вмешательства при хроническом нефрите. Brunetti считает при определенных показаниях ценной рентгенотерапию миндалин, но, оговаривается, что она не заменяет тонзиллэктомию.

Lumio приводит отдаленные результаты тонзиллэктомии при нефрите. Ближайшие результаты тонзиллэктомии при остром нефрите: улучшение у 33% больных; при наблюдениях в течение $^1/_2$ — 16 лет выявлено 53% излечений, а в 36% отмечался переход в хронический нефрит; смертность составила 2% (2 больных умерли от уремии через 2—3 недели после тонзиллэктомии).

Torrigiani считает удаление миндалин целесообразным, если между двумя атаками ангин функциональная деятельность почек приходит к норме. Из 91 больного острым очаговым нефритом у 48 он отмечал выздоровление, у 23 — улучшение и у 20 — ухудшение (переход в хроническую форму). При хроническом очаговом нефрите у 25 из 47 больных наступило выздоровление, у 7 — улучшение и у 15 состояние не изменилось. У 15 больных хроническим диффузным нефритом эффект не был получен. Аналогичные цифры приводит Calamida. Weiss утверждает, что наилучшие результаты тонзиллэктомия дает при сепсисе и нефритах.

Работами ряда авторов доказано, что острые и подострые послеангиозные нефриты являются бесспорным показанием к операции тонзиллэктомии. Для этого необходимо совместное решение не только хирурга-отоларинголога, но и лечащего врача-терапевта, несущего ответственность за своевременность операции. Противопоказанной они считают операцию в остром периоде, до-

полного исчезновения местных и общих признаков обострения. Применение пенициллина до и после операции уменьшает опасность осложнений после хирургического вмешательства.

При хроническом нефрите результаты тонзиллэктомии в отношении течения почечного процесса хуже, чем при остром. Эффект от тонзиллэктомии является спорным при неизвестной этиологии хронического нефрита, а иногда она оказывается вредной, так как может ускорить прогрессирование процесса в почках (Maduro).

А. М. Гнатюк исследовал отдаленные результаты тонзиллэктомии у 58 детей. Отмечено значительное уменьшение числа обострений нефрита, так как в 10—12 раз сократилась заболеваемость ангинами. Это позволяет говорить и о терапевтической перспективности тонзиллэктомии у больных хроническими нефритами. После удаления очага инфекции резко сокращалась частота обострений нефрита и заметно улучшалось функциональное состояние почек.

В определении условий для оперативного вмешательства важны геморенальные показатели. Удаление миндалин назначали больным с доброкачественным течением хронического нефрита при невысоком артериальном давлении (не выше 140 мм рт. ст.) и отсутствии выраженной почечной недостаточности.

В вопросе о лечебных мероприятиях по поводу заболевания миндалин первое место занимает оценка зависимости между тонзиллитом и поражением отдаленных от миндалин органов. Преимущество перед другими методами имеет тонзиллэктомия. Оставшаяся ткань миндалин (при других оперативных вмешательствах), особенно если организм сенсибилизирован, может дать неблагоприятный результат. Чем серьезнее общее заболевание, тем больше возникает данных для применения единственно радикального способа — тонзиллэктомии, ликвидирующей входные ворота и инфекционные очаги в миндалине или перитонзиллярном пространстве.

В решении Всесоюзного совещания по борьбе с ангиной, проходившего в Москве 8—11/VII 1954 г., говорится, что главная роль в патогенезе ангины принадлежит общей реактивности организма, определяемой функцией центральной нервной системы. Нормальная реактивность организма обусловливает естественную физиологическую

устойчивость организма к разнообразным неблагоприятным факторам внешней среды. При часто обостряющихся заболеваниях суставов, сердца, почек, наступивших после перенесенного тонзиллита, при соблюдении строгой индивидуализации показаний может быть рекомендована тонзиллэктомия одновременно с лечением антибиотиками и другими средствами.

Рассматривая положения, высказанные различными авторами, мы не можем согласиться с отрицанием роли тонзиллэктомии при хронических нефритах, тем более вообще при нефритах. Как видно из работ С. А. Гиляревского и А. М. Гельфона, В. Г. Элькинда, Б. С. Преображенского и многих других, тонзиллэктомию следует производить даже при хроническом нефрите, так как, если значительного улучшения не наступит, все же в какой-то мере будет предотвращено ухудшение и задержано прогрессирование болезни. Сроки операции следует определять строго и дифференцированно, так как, если имеются необратимые изменения в почках, если функция их значительно поражена, то хирургическое вмешательство может повести к роковому исходу. Нельзя согласиться с мнением ряда авторов, считающих, что операцию нужно делать как в остром, так и в холодном периоде заболевания. Несомненно, что опасность тонзиллэктомии в остром периоде (возможность ухудшения функции почек, возникновение уремии и летального исхода) заставляет бóльшую часть хирургов отказаться от подобного риска при операции. Более целесообразной является почти безопасная операция в холодном состоянии процесса как в почках, так и в миндалинах.

Консервативный взгляд ряда авторов на роль тонзиллэктомии в клинике внутренних болезней часто является губительным для больных (М. П. Козловская), так как миндалины продолжают углублять и поддерживать имеющиеся тонзиллогенные процессы.

Особенности обследования и предоперационной подготовки

Все больные, имеющие то или иное поражение почек, как правило, наблюдаются и подлежат лечению у терапевта. Если терапевт дает заключение о возможности операции в связи с диагностированным ларингологом

хроническим тонзиллитом, следует самым подробным образом обсудить как показания к операции, так и время для ее проведения. Следует указать, что ответственность за выбор времени вмешательства падает равным образом на терапевта и хирурга-ларинголога.

Чрезвычайно важны предоперационная подготовка таких больных и тщательность обследования. Играет роль и перемена обстановки при помещении больного в отоларингологический стационар из дома или из терапевтического отделения. Надо следить за тем, чтобы с первого же момента была назначена соответствующая диета (стол № 7 бессолевой или № 5, в зависимости от характера процесса в почках; иногда и общий стол).

Мы имеем примеры, когда один перевод из терапевтической клиники, где больной находился на строгой диете и режиме, в отоларингологическую клинику вызывает желание пренебречь диетой, ходить. Иногда достаточно только перемены обстановки, чтобы вызвать толчок к изменению течения почечного процесса, к обострению его. Поэтому желательно оперировать больных не сразу, лучше с предоперационным периодом в 2—3 дня. Больной получает возможность освоиться с новой обстановкой, привыкнуть к ней. Врач за это время сможет изучить характер процесса — стабильность изменений в моче (желательно анализы мочи делать 2—3 дня подряд, характер артериального давления (также путем ежедневных измерений его). Достигается личный контакт с больным, что позволяет в дальнейшем спокойно провести операцию.

Кроме того, больные перестают бояться операции после общения с соседями по палате, уже перенесшими тонзиллэктомию. Психологическая подготовка играет несомненную роль в ходе операции.

Все больные, поступившие для тонзиллэктомии, как правило, получали у нас хлористый кальций или глюконат кальция в течение 2—3 дней до операции, аскорбиновую кислоту. Накануне больных предупреждали об операции, за 2—3 часа до нее им разрешали выпить неполный стакан сладкого чаю и съесть печенье или сухарь. Если обнаруживались изменения, сигнализирующие о наличии обострения нефрита, или же с момента начала реконвалесцентного периода нефрита прошел небольшой срок, больным назначали пенициллинотерапию в виде

инъекций внутримышечно или ингаляции аэрозоля пенициллина в течение нескольких дней до операции. Пенициллин служил и профилактическим средством для уменьшения послеоперационных обострений.

Больная С., 12 лет, переведена из терапевтической клиники с диагнозом острого нефрита с нефротическим компонентом, хронического тонзиллита. Ввиду наличия повышенной РОЭ (23 мм в час), лейкоцитоза (12 600), белка в моче (1,8‰), гиалиновых цилиндров (покрывают все поле зрения) решено провести пенициллинотерапию внутримышечно, по 100 000 ЕД 4 раза в сутки. На фоне пенициллинотерапии произведено оперативное вмешательство. Послеоперационное течение гладкое.

Больной Ш., 23 лет, переведен из терапевтической клиники с диагнозом хронического тонзиллита, хронического нефрита с нефротическим компонентом. При поступлении в клинику в анализе мочи держится белок (3,0‰), эритроциты и гиалиновые цилиндры покрывают все поле зрения. По вечерам субфебрильная температура (до 38°). Легкие, сердце, суставы без патологических изменений.

После консультации с терапевтом решено проводить пенициллинотерапию внутримышечно по 100 000 ЕД 4 раза в день и ингаляции аэрозоля пенициллина через рот. На фоне пенициллинотерапии произведена тонзиллэктомия. Послеоперационное течение гладкое.

Если одновременно с заболеванием почек имелось еще осложнение и на суставы (полиартрит), то с целью профилактики и смягчения послеоперационного обострения, помимо пенициллина, проводилась терапия салициловым натрием.

При наличии замедления свертываемости крови в предоперационный период назначали большие дозы глюконата кальция (по 1 г 4—5 раз в день вместо обычных 0,5 г 3 раза в день), витамин К, аскорбиновую кислоту. При значительном замедлении свертываемости, помимо всего прочего, назначали внутримышечно викасол 0,3% 5,0.

Больной В., 19 лет, переведен из терапевтической клиники с диагнозом хронического тонзиллита, острого диффузного нефрита, ревматического полиартрита. По совету терапевтов операцию решено делать на фоне терапии салициловым натрием. Начато лечение по 1 г 4 раза в день. При обследовании обнаружилось, что время кровотечения равно 8 минутам (вместо 2—3 минут в норме, по Дуке). Назначен глюконат кальция по 1 г 4 раза в день, витамин К, аскорбиновая кислота, внутримышечно викасол 0,3% 5,0 2 раза в день в течение 4 дней. Через 2 дня лечения время кровотечения укоротилось до 5 минут; на 4-й день и в день операции оно равнялось 2 минутам 50 секундам.

Вечером, накануне дня операции, больным с более лабильной нервной системой, боящимся операции, давали снотворное (раствор бромистого натрия или барбитураты).

Резюмируя вкратце особенности предоперационной подготовки больных с заболеваниями почек, можно сказать, что основной акцент должен быть сделан на предупреждение обострений заболевания почек и на профилактику возможных кровотечений. Необходимо строго следить за режимом и диетой до операции, четко уяснить характер и стабильность изменений в моче и цифр артериального давления, медикаментозными средствами добиться ускорения свертываемости крови, оперировать на фоне антибиотикотерапии.

Операция тонзиллэктомии и ее особенности у лиц с заболеванием почек

В день операции с утра рекомендуются обязательный осмотр больного и повторное измерение артериального давления.

Мы, как правило, делали двустороннюю тонзиллэктомию в сидячем положении больного. Лишь очень тяжело больных мы оперировали в положении лежа и с одной стороны (очень редко), а затем (через 7 дней) — вторую сторону.

Ход и техника операции обычные. Производили новокаиновую инфильтрацию тканей, скальпелем наносили насечку — разрез отступя 1—2 мм от свободного края передней небной дужки. Затем тупым распатором и ложкой вывихивали и вылущивали миндалину, начиная с верхнего полюса. Наложением холодной петли миндалину отсекали, после чего следовал очень тщательный гемостаз. Убедившись в гемостазе, мы приступали к анестезии и удалению второй миндалины.

Исключение составляли дети и беспокойные взрослые больные, которым анестезию делали одновременно с обеих сторон.

Раздельную анестезию и удаление сначала одной, а затем другой миндалины мы применяли лишь для того, чтобы оперировать после полнейшего гемостаза одной стороны; это в ряде случаев занимает определенное вре-

мя, так как, по нашим данным, у страдающих заболеваниями почек кровоточивость выше, чем обычно. Нам казалось удобнее анестезировать другую сторону непосредственно перед эктомией. Безусловно, можно пользоваться и обычной методикой анестезии сразу обеих миндалин.

В качестве анестезирующего вещества мы пользовались только 0,5% раствором новокаина, без предварительного смазывания слизистой кокаином или дикаином и без добавления к новокаину раствора адреналина. Мы руководствовались тем, что при заболеваниях почек — нефритах, особенно хронических с наклонностью к гипертонии, имеется склонность к геморрагиям. Адреналин обладает способностью вызывать парез сосудов, что может проявиться в виде последовательных кровотечений.

От применения кокаина мы отказались, исходя из того, что при соответствующей хирургической технике имеющийся у больных глоточный рефлекс не мешает операции. В то же время он способствует предотвращению возможной аспирации крови. Одновременно этим достигается и наименьшая интоксикация организма. На операцию расходовалось в среднем 15,0 0,5% раствора новокаина.

Из особенностей операции следует отметить, что повышенная кровоточивость у страдающих заболеваниями почек наблюдалась чаще обычного.

Больная К., 31 года, поступила в клинику из терапевтического отделения с диагнозом хронического тонзиллита, острого нефрита. В анамнезе — тяжелые ангины с высокой температурой. После одной из ангин развился острый нефрит. Переведена для тонзиллэктомии. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Кровь без патологических изменений, свертываемость крови по Бюркеру: начало 1 минута 45 секунд, конец — 3 минуты 5 секунд, время кровотечения по Дуке — 1 минута 30 секунд.

Показания к операции: частые боли в горле, в анамнезе тяжелые ангины с высокой температурой, а также ангины, после которых развился метатонзиллярный процесс в почках — острый нефрит; клинически выраженная картина хронического тонзиллита. 9/V 1956 г. произведена двусторонняя тонзиллэктомия под местной анестезией 0,5% раствором новокаина. Резко повышенное паренхиматозное кровотечение из обеих ниш; гемостаз прижатием тампонов, смоченных спиртом.

Случаи, подобные приведенному, встречались нам многократно.

Осложнения тонзиллэктомии. Послеоперационный период

Нам пришлось наблюдать лишь два вида осложнений во время операции тонзиллэктомии больным с заболеванием почек. Это — быстропреходящие обморочные состояния и, основное, кровотечения.

Диапазон процента кровотечений при тонзиллэктомии очень велик, так как одни авторы учитывают все наблюдавшиеся кровотечения, другие — только более значительные.

В. С. Погосов приводит деление причин кровотечений на общие и местные. Местные причины могут заключаться в наличии спаек, рубцов, аномалийном расположении сосудов. По срокам кровотечения можно подразделить на: 1) первичные — во время операции; 2) последовательные ранние (через несколько часов после операции) и последовательные поздние (через несколько дней). Различают венозные и артериальные, сосудистые и паренхиматозные (капиллярные) кровотечения.

Механизм кровотечений зависит от ряда причин: от повышенной ломкости стенок сосудов, потери их сократительной способности, уменьшения количества тромбоцитов в крови, изменения геморрагических компонентов и в связи с этим уменьшения или потери способности крови свертываться. Немалую роль играет психическое состояние больного.

М. С. Клементьева приводит изменения активности свертывающей и антисвертывающей системы при разных заболеваниях. Эти изменения могут привести к таким осложнениям, как тромбозы или геморрагии. По данным М. С. Клементьевой, у больных хроническим компенсированным тонзиллитом количество фибриногена не выходит за пределы нормы. При декомпенсированном хроническом тонзиллите количество фибриногена повышено. Фибринолитическая активность крови у больных хроническим компенсированным тонзиллитом несколько повышена и значительно повышена при его декомпенсированной форме. По-видимому, это — защитная реакция организма на внутрисосудистое тромбообразование. Но чрезмерно высокая фибринолитическая активность может грозить кровотечениями (пример — кровотечение у больного хроническим нефритом при тонзиллэктомии).

Исследование компонентов свертывающей и антисвертывающей системы у больных хроническим тонзиллитом служит ценным тестом для суждения о гемостатической способности организма и в отдельных случаях помогает найти путь профилактики кровотечений.

А. А. Бари отмечает 48 случаев кровотечений у 1156 больных, оперированных с 1955 по 1958 г. И. Е. Резник наблюдал кровотечения после тонзиллэктомии у 17 из 50 больных.

Из оперированных нами 125 больных хроническим тонзиллитом, осложненным заболеванием почек, кровотечения различного характера наблюдались у 16 человек (12,8%). Полуобморочное и обморочное состояние во время тонзиллэктомии отмечено у 4 (3,2%) из 125 больных. Если проанализировать наблюдавшиеся нами кровотечения, то окажется, что у 7 из 16 больных были кровотечения из сосудов, а у 9 — паренхиматозные.

По срокам возникновения кровотечения распределялись так: во время операции — у 8 человек, в день операции — у 4, от 3-го до 5-го дня после тонзиллэктомии — у 4 человек. У 2 больных причиной кровотечения явилось, по-видимому, повышение артериального давления, наблюдавшееся после операции, у 2 — изменения свертываемости и времени кровотечения. У 3 человек кровотечения совпали с очищением миндаликовых ниш от налетов.

При изучении историй болезни по архивным материалам нашей клиники мы также провели анализ осложнений тонзиллэктомии. Полученные нами данные позволяют сделать вывод, что почти единственное осложнение тонзиллэктомии, о котором говорится в историях болезни,— это кровотечение. Из 306 больных, оперированных по поводу хронического тонзиллита, осложненного заболеванием почек, кровотечение той или иной степени и в разные сроки с момента операции было у 42 человек, т. е. в 13,7%. Вместе с нашими наблюдениями число оперированных больных составит 431, кровотечения отмечались у 58, т. е. в 13,48%.

Сроки возникновения кровотечений по материалам архива клиники распределяются следующим образом: во время операции оно было у 24 человек, в день операции — у 10, через 3—5 дней — у 5 человек, после 5-го дня — у 3 человек. Таким образом, процент кровотечений после тонзиллэктомии у больных с заболеванием почек

по материалам архива клиники равен 13,7%, по нашим данным — 12,8%; средняя цифра — 13,48%. Нами проведены наблюдения в контрольной группе больных. Это 50 человек, которым сделана тонзиллэктомия по поводу неосложненного хронического тонзиллита. У 4 из 50 больных наблюдались кровотечения, т. е. в 8%.

По данным, приведенным в литературе, средний процент кровотечений при операции тонзиллэктомии также равен 8. По Г. И. Тихомировой средний процент кровотечений при тонзиллэктомии в нашей клинике равен 7,9.

На основании изученного нами материала можно заключить, что кровотечения у больных хроническим тонзиллитом, осложненным заболеванием почек, встречаются при тонзиллэктомии чаще, чем у больных с неосложненным тонзиллитом. Срок возникновения кровотечений чаще всего ранний (в день операции или на следующие сутки после нее).

Приведем несколько выдержек из историй болезни.

Больной Я., 19 лет, поступил по поводу хронического тонзиллита, давшего тонзиллогенный острый очаговый нефрит после очередной ангины. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Общий анализ крови и исследование свертываемости и времени кровотечения дали нормальные результаты. 30/V 1956 г. произведена двусторонняя тонзиллэктомия. Кровотечение во время операции обычное, гемостаз полный. Через 5 часов после операции появилось паренхиматозное кровотечение из левой ниши, рвота кровью. Тампонада. На следующий день кровотечение не повторялось. В ночь с 31/V на 1/VI 1956 г. в 3 часа — повторное кровотечение паренхиматозного характера из левой ниши. Дежурным врачом произведена тампонада, а затем наложен зажим на всю верхнюю часть ниши, внутримышечно введено 5,0 0,3% викасола. Артериальное давление 130/80 мм рт. ст., через день—95/55 мм рт. ст. В дальнейшем кровотечение не возобновлялось.

Больная А., 32 лет, переведена из клинической больницы с диагнозом хронического тонзиллита, хронического нефрита. Перед операцией артериальное давление 120/70 мм рт. ст., анализ крови без изменений. 8/II 1956 г. произведена двусторонняя тонзиллэктомия. В послеоперационном периоде на 5-й и 6-й день — паренхиматозные кровотечения, связанные, по-видимому, с отхождением налетов. Остановлены тампонадой.

Больная М., 20 лет, поступила с диагнозом хронического тонзиллита, хронического нефрита. 4/VI 1956 г. оперирована. На 4-й, 6-й и 7-й день после операции — упорные паренхиматозные кровотечения. Для остановки их применялась тампонада со спиртом, прижигания ниш трихлоруксусной кислотой. Артериальное давление 125/90—120/75 мм рт. ст.

Классическим трудом по анатомии миндалин является докторская диссертация К. А. Орлеанского «К вопро-

су об анатомии и хирургии миндалевидных желез» (1909). Она помогает разобраться в возможностях и причинах самого частого осложнения после тонзиллэктомии — кровотечений. А. В. Беляев разработал вопрос о кровоснабжении миндалин и описал собственные анатомические исследования путем наливки препаратов на трупе. Он подробно разбирает вопрос о причинах кровотечений после тонзиллэктомии.

Б. С. Преображенский и В. Ф. Заседателев приводят 3 категории возможных причин кровотечений при тонзиллэктомии. Это — повреждение крупных артериальных сосудов, повреждение более мелких артериальных сосудов или вен, дающих ранние последовательные кровотечения, и некротизация стенки ниши, что влечет за собой последовательные кровотечения.

Kraus описывает кровотечения после тонзиллэктомии, подразделяя их на ранние и поздние. Ранние кровотечения во многом зависят от операционной техники, анестезии (следовое влияние адреналина) и от общих причин (повышенная кровоточивость, малое насыщение организма витамином К и т. д.). Автор констатирует, что поздние кровотечения менее зависят от техники хирурга. Здесь играют роль механические факторы (кашель, твердая пища), общее состояние организма, повышенная кровоточивость и пр. Kraus приводит свою статистику, из которой следует, что на 8106 тонзиллэктомий пришлось 84 кровотечения, т. е. около 1%. Из них в день операции было 74 кровотечения, от 3-го до 8-го дня после операции — 10 кровотечений (при операциях под местной анестезией). При операциях под общим наркозом (5717 тонзиллэктомий) было 9 кровотечений, что составляет 0,16%. Б. М. Лифшиц приводит осложнения при тонзиллэктомии — кровотечения, легочные осложнения, подкожная эмфизема, шейные инфекции, острые отиты, частичный парез мягкого неба. Наблюдались и летальные исходы тонзиллэктомии.

Б. С. Голланд из осложнений после операции удаления миндалин ставит на первое место прежде всего кровотечения разных степеней. По сводной статистике Б. С. Преображенского (1954), частота кровотечений после тонзиллэктомии равна 0,1—8%. Г. И. Тихомирова на 6937 операций отметила 549 кровотечений, что составляет 7,9% (данные ЛОРклиники I ММИ).

Течение послеоперационного периода у больных с заболеванием почек имеет ряд особенностей. Из них важной является обострение течения процесса в почках.

Е. М. Тареев указывает, что удаление очага инфекции у больных нефритом может вызвать временное ухудшение. Так, после тонзиллэктомии почти закономерно возрастает гематурия; микрогематурия может уже через несколько часов перейти в макрогематурию. Kollert считает возможным объяснить такие послеоперационные сдвиги, как повышение давления, содержания остаточного азота, иногда даже легкие уремические явления, не ухудшением состояния почек, а всасыванием раневого экссудата, психическим шоком или влиянием анестезии. Большинство авторов говорит о преходящем обострении почечного заболевания после тонзиллэктомии, выражающемся в увеличении гематурии, альбуминурии, появлении болей в пояснице и т. д. (С. А. Гиляревский, А. М. Гельфон, Т. И. Чубаров, Calamida, Morawitz, Schön, Wallgren, Illingworth).

Ряд авторов указывает на другие изменения — повышение содержания остаточного азота или мочевой кислоты в крови, временное нарушение выведения жидкости, повышение кровяного давления (Kollert). Другие отрицают те или иные изменения. Так, Brahme указывает, что артериальное давление после тонзиллэктомии никогда не повышается. Kollert подчеркивает, что при отсутствии обострения нефрита в первые дни после тонзиллэктомии позднее выявляется и малая эффективность операции. Наоборот, очень бурная реакция может оказаться опасной для жизни.

Т. И. Чубаров считает ухудшение течения почечного процесса в результате вмешательства на миндалинах признаком их взаимосвязи. Он объясняет это тем, что организм в течение определенного времени специфически сенсибилизируется аллергеном одного порядка (например, содержимым гнойного очага в миндалинах). После удаления этого очага та же реакция — вспышка нефрита — может быть в ответ на другой аллерген. Автор пытается такой «металлергией» объяснить те случаи, когда улучшение после удаления очага было лишь временным.

Törner отмечал кратковременное увеличение содержания белка в моче после тонзиллэктомии от 0,1—0,2 до 1,2 и 24‰ и даже больше.

Т. И. Чубаров описывает случай генерализации септического процесса, исходящего из миндалин. Тонзиллэктомия способствовала неизбежной смерти. Этот же автор описывает больного тяжелым хроническим нефритом с уремическими явлениями, у которого тонзиллэктомия дала временную ремиссию на 2 недели, после чего процесс обострился и больной погиб в состоянии уремии.

Литература богата примерами трагических последствий тонзиллэктомии у больных с заболеванием почек. Операция, произведенная при начинающейся недостаточности почек и наклонности к кровотечению, дала летальный исход в наблюдении Schön. Calamida описывает 2 случая смерти от уремии, явившейся осложнением тонзиллэктомии у больных с заболеванием почек. Lumio приводит свои 2 наблюдения, когда непосредственно после тонзиллэктомии обострился нефрит, что повлекло за собой уремию и смерть через 2 и 3 недели.

В многочисленных работах отмечаются наступающие после тонзиллэктомии кратковременные обострения и ухудшения течения нефрита. Некоторые авторы пытаются объяснить это явление всасыванием раневого экссудата. Ряд авторов считает реакцию почек на тонзиллэктомию признаком тонзиллогенности нефрита.

Исходя из своих наблюдений, длительность ближайшего послеоперационного периода мы определяли 6—10 днями, в течение которых больной находился в отоларингологической клинике. После операции назначали обычный режим — в постели с приподнятым головным концом кровати в первые сутки, диету. К вечеру в день операции мы разрешали больным при желании выпить стакан сладкого чаю или молока комнатной температуры. На следующий день больные получали так называемый щадящий стол № 1б. После 2—3-дневного строгого постельного режима, в зависимости от состояния, больным разрешали полупостельный режим. Первые 6—7 дней обязательно ежедневно производили анализ мочи и измеряли артериальное давление.

Течение и заживление послеоперационной раны мы определяли по местной и общей реакции организма. Критериями для нас служили: 1) температурная реакция; 2) местная реакция тканей, окружающих нишу; 3) реакция регионарных лимфатических узлов; 4) болевые ощущения при глотании.

У большинства больных в послеоперационном периоде в той или иной степени мы отмечали обострение процесса в почках. У больных, у которых до операции не было изменений в моче, они появлялись почти неизбежно (т. е. латентный почечный процесс обострялся).

Больной М., 17 лет, поступил в клинику по поводу хронического тонзиллита. После одной из ангин перенес очаговый нефрит. При поступлении жалоб нет. В анамнезе 3—5 раз в год ангины с высокой температурой. Миндалины рыхлые, гипертрофированные, в лакунах гнойные пробки. Анализ крови и мочи при поступлении без патологических изменений. Артериальное давление 110/60 мм рт. ст.

22/XII 1955 г. произведена двусторонняя тонзиллэктомия. На следующий день после операции в анализе мочи появились следы белка, единичные эритроциты в поле зрения, 1—2 гиалиновых цилиндра в препарате. На 4-й день оставались лишь следы белка и единичные эритроциты, с 5-го для после операции в анализе мочи патологических изменений не было.

Приведенная история болезни иллюстрирует обострение почечного процесса, не дающего о себе знать в обычных условиях. Сроки появления обострения и длительность его были разными. Так, если у одних больных обострение длилось 2—3 дня и шло на убыль, то у других оно стойко держалось до 7—10 дней и больше, в связи с чем больных приходилось переводить в терапевтическую клинику.

Примерами быстропреходящих обострений могут служить следующие истории болезни.

Больной И., 19 лет, переведен из терапевтической клиники с диагнозом хронического тонзиллита, хронического нефрита. Ангинами с высокой температурой болеет с детства по 2—3 раза в год. При поступлении артериальное давление 115/70 мм рт. ст. В анализах крови и мочи нет отклонений от нормы. 26/IX 1956 г. произведена двусторонняя тонзиллэктомия. На следующий день артериальное давление повысилось до 140/80 мм рт. ст., в моче 0,03‰ белка, 2—3 выщелоченных эритроцита в поле зрения, 6—7 гиалиновых цилиндров в препарате. В последующие 2 дня — следы белка, 3—4 эритроцита и 4—5 гиалиновых цилиндров. На 4-й день изменений в анализе мочи нет, артериальное давление 115/75 мм рт. ст.

Больная X., 24 лет, переведена из терапевтической клиники по поводу хронического тонзиллита и очагового нефрита. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Кровь и моча при поступлении без отклонений от нормы. 18/XI 1955 г. произведена двусторонняя тонзиллэктомия. Первые 3 дня после операции изменений в моче не было, а на 4-й и 5-й день появились следы белка, разрушенные эритроциты 2—3 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 1—2 в препарате. В последующие дни (6-й и позже) отклонений от нормы в моче не было.

Следующая история болезни иллюстрирует стойкое обострение, требовавшее перевода для лечения процесса в почках в терапевтическую клинику.

Больной А., 44 лет, переведен из терапевтической клиники для тонзиллэктомии. Диагноз: хронический тонзиллит, острый нефрит. Артериальное давление 125/80 мм рт. ст. При поступлении в крови 10 000 лейкоцитов; РОЭ 27 мм в час. Анализ мочи в течение 10 дней до операции (ежедневно): белка 9‰, эритроцитов 2—4 в поле зрения, цилиндров гиалиновых 6—7 в поле зрения, зернистых 2—4 в поле зрения. 16/IV 1952 г. произведена операция. На следующий день белка 15‰, гиалиновые цилиндры покрывают все поле зрения, зернистых 6—7 в поле зрения. В последующие 5 дней количество белка упорно держится в пределах 12‰, гиалиновые цилиндры покрывают все поле зрения. Переведен в терапевтическую клинику.

В табл. 4 приведены сроки возникновения обострений заболевания почек после тонзиллэктомии и их длительность.

Таблица 4

Сроки возникновения и длительность обострений нефритов после тонзиллэктомии

Длительность обострения	Срок возникновения обострения (на какой день)						Всего по длительности
	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й	после 6-го	
1 день	4	—	2	—	—	—	6
2 дня	14	2	2	—	1	—	19
3 »	15	4	—	1	—	—	20
4 »	12	4	1	—	—	—	17
5 дней	12	—	—	—	—	—	12
Более 5 дней . .	25	1	1	1	—	—	28
Итого по срокам: . . .	82	11	6	2	1	—	102

Таким образом, у 102 из 125 оперированных больных было обострение нефрита, что составляет 81,6%. Обострение выражалось в появлении болей в пояснице, красной мочи (макрогематурия), изменений в моче. Мы приняли условную градацию: легкое обострение — I степень, обострение средней тяжести — II степень, тяжелое обострение — III степень. Из 125 больных у 70 человек (56%)

было обострение I степени, у 25 человек (20%) — II степени и у 7 (5,6%) — обострение III степени. Без обострений нефрита операция прошла у 23 человек (18,4%).

При определении характера обострения в каждом случае большую роль играло общее состояние больного (боли в пояснице, головные боли, слабость, температура, кровяное давление, длительность обострения и характер изменений в моче). Приведем пример обострения I степени.

Больной Р., 44 лет, переведен из терапевтической клиники с диагнозом хронического тонзиллита, острого нефрита. При поступлении артериальное давление 120/80 мм рт. ст., кровь без патологии, но РОЭ 22 мм в час. В моче белка 0,03‰, разрушенные эритроциты 4—5 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 2—3 в препарате, зернистых нет. 11/I 1952 г. произведена операция. На следующий день в моче белка 0,27‰, эритроцитов 8—9 в поле зрения. На 2—4 день — тоже, но появились 1—2 зернистых цилиндра. На 5-й день белка 0,03‰. Далее все явления пошли на убыль.

Следующая история болезни является примером послеоперационного обострения нефрита II степени.

Больная В. Диагноз при поступлении: хронический тонзиллит, хронический нефрит. Анализ крови: л. 10 100, РОЭ 20 мм в час. Анализ мочи: белка 1,5‰, эритроциты единичные в поле зрения, цилиндры гиалиновые 1—2 в поле зрения. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст. 22/II 1952 г. произведена операция. На следующий день белка в моче 3‰, появились зернистые цилиндры. На 4-й день явления обострения стали идти на убыль, к 5-му дню белка в моче 0,15‰, эритроцитов 2—3 в поле зрения, гиалиновых цилиндров 2—3, зернистых 6—7 в поле зрения.

Обострение нефрита III степени может быть иллюстрировано следующим примером.

Больная К., 24 лет, переведена из терапевтической клиники с диагнозом хронического тонзиллита, хронического очагового нефрита. При поступлении: анализ крови без патологии, РОЭ 7 мм в час. В моче 0,3‰ белка, в остальном без патологических изменений. Артериальное давление 110/65 мм рт. ст. 24/XI 1951 г. произведена двусторонняя тонзиллэктомия. Уже в день операции белка в моче стало 3‰, эритроцитов 3—4 в поле зрения, гиалиновых цилиндров 6—7 в поле зрения. На следующий день после операции белка 9,0‰. На 2-й день увеличивается количество лейкоцитов в моче, они покрывают все поле зрения. С 4-го дня выщелоченные эритроциты также покрывают все поле зрения, но белок уже идет на убыль — 6‰, затем 3,3‰. Стойко держится гематурия, появляются зернистые цилиндры, 6—8 в поле зрения, ускоряется РОЭ — до 35—39 мм в час.

Из наших наблюдений следует, что больше всего обострений III степени отмечалось при хронических нефри-

тах (в 5 из 7 случаев). Обострения II степени наблюдались почти в равной мере при хронических (14 случаев) и острых (10 случаев) нефритах. Обострения I степени чаще отмечались при остром диффузном и очаговом нефрите (34 случая). При хронических нефритах их было несколько меньше (28 случаев) (табл. 5).

Таблица 5

Степень обострений разных форм нефрита после тонзиллэктомии

Форма нефрита	Степень обострения			Всего
	I	II	III	
Острый нефрит	34	10	2	46
Хронический нефрит	28	14	5	47
Прочие	8	1	—	9
Итого . . .	70	25	7	102

Из всех своих наблюдений мы вынесли впечатление, что послеоперационные обострения держатся тот или иной срок и в конце концов идут на убыль, причем часто после такого обострения процесс начинает регрессировать, и состояние больного через некоторое время прочно улучшается.

В изученной нами литературе, как мы уже говорили выше, имеются указания на то, что наличие обострения почечного процесса после вмешательства на миндалинах (тонзиллэктомии) не только может служить методом вспомогательной, так сказать, ретроградной, диагностики тонзиллогенности заболевания почек, но и позволяет в известной мере делать прогноз дальнейшего течения болезни (Kollert и др.). Мы также сделали попытку выяснить, в какой мере можно судить о дальнейшем ходе процесса по реакции почек на операцию. Результаты наших наблюдений не позволяют считать возможным делать прогноз будущего течения нефрита по реакции почек на тонзиллэктомию.

Как мы уже упоминали, в литературе имеется описание предуремических состояний и уремии после тонзилл-

эктомии, даже с летальным исходом. Нам не пришлось столкнуться с такими осложнениями. Однако, изучая истории болезни архива клиники, мы нашли подобные наблюдения, правда, очень малочисленные.

Больной Б., 23 лет, в марте 1934 г. перенес тяжелую лакунарную ангину с высокой температурой. Через $1^1/_2$ месяца у него появились боли в суставах рук и ног. В последующем перенес еще 3 ангины. Каждый раз было обострение общего заболевания. 23/II 1935 г. произведена тонзиллэктомия. После операции самочувствие больного оставалось плохим, одышка. Через 12 дней после операции развилась непрерывная рвота, анурия, затем состояние тяжелой уремии, закончившейся летально.

Такой пример заставляет нас помнить, что в каждом отдельном случае надо очень внимательно взвесить все «за» и «против» операции, считаться с индивидуальными особенностями больного, учитывать их. Для этого мы рекомендуем, прежде чем решиться на операцию удаления миндалин у больного с заболеванием почек, несколько дней наблюдать за работоспособностью его почек, ежедневно проверяя анализы мочи. Кроме того, необходимо изучать реакцию почек на манипуляции в зеве (выдавливание или промывание миндалин). Разумеется, на первом месте стоит тщательное обследование терапевтом. Только индивидуальное решение вопроса для каждого больного может позволить нам избежать тяжелых осложнений после операции. Эта точка зрения и заставила нас отказаться от операции у нескольких наших больных.

Больная Г., 21 года, переведена в нашу клинику из терапевтической клиники для тонзиллэктомии. Диагноз: хронический тонзиллит, хронический нефрит с нефротическим компонентом. Кожа лица бледная, с землистым оттенком. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Анализ крови: Hb 7,6 г%, л. 10 500; РОЭ 78 мм в час. В анализе мочи, представленном при поступлении, белка 3,3‰, сахара нет, эритроциты выщелоченные, единичные в препарате, лейкоцитов 10—12 в поле зрения, гиалиновых цилиндров 12 в поле зрения, зернистых 5 в препарате, восковидных 5 в препарате. При обследовании в клинике мы обнаружили в крови: л. 16 000, РОЭ 80 мм в час. В моче (анализы ежедневные) в течение первых 3 дней белка 30,0‰, эритроциты, цилиндры гиалиновые и зернистые, лейкоциты покрывают все поле зрения; восковидных цилиндров 6—9 в поле зрения. Лишь на 4-й день белок в моче стал уменьшаться (15,0‰). Проба по Зимницкому дала небольшой размах колебаний удельного веса. Количество мочи уменьшено, причем ночной диурез почти в $2^1/_2$ раза больше дневного (дневной 230 мл, ночной — 655 мл).

Принимая во внимание все изложенное, было принято решение отложить операцию. Больная переведена в терапевтическую клинику.

Приведем другой пример.

Больная Л., 23 лет, переведена из терапевтической клиники с диагнозом хронического тонзиллита, хронического нефрита. При поступлении артериальное давление 125/75 мм рт. ст. В анализе крови обратила на себя внимание повышенная РОЭ — 30 мм в час, л. 9 200. В моче белка 1,5‰, эритроцитов 1—2 в поле зрения, цилиндров гиалиновых 6—7, зернистых 2—3 в поле зрения. При ежедневном контроле оказалось, что РОЭ ускорилась до 40 мм в час, а через 10 дней — до 50 мм в час, лейкоцитов соответственно 9 900, затем 11 600. Одновременно возросла цилиндрурия (покрывают все поле зрения), стало повышаться артериальное давление —130/90 мм рт. ст., затем 145/85 мм рт. ст. При проведении пробы по Зимницкому обнаружилась никтурия, гипоизостенурия (колебания удельного веса 1007—1010).

Совместно с консультантом-терапевтом операцию решено временно отложить. Больная переведена в терапевтическую клинику.

При изучении литературы о послеоперационном периоде и осложнениях тонзиллэктомии у больных хроническим тонзиллитом с тонзиллогенным процессом в почках мы столкнулись с рядом работ, авторы которых считают, что сама операция (тонзиллэктомия) может послужить причиной возникновения нефрита у лиц со здоровыми почками.

Illingworth, Leeds и др. изучили 365 случаев заболевания нефритом за 11 лет. У 301 больного был острый период нефрита, у 64 — в стадии затихания. У 16 из 301 больного авторы рассматривают тонзиллэктомию как причину нефрита. У 94 из 119 больных тонзиллэктомия вызвала обострение процесса в почках. Наблюдения авторов охватывают период до 12 лет. Исходя из результатов, полученных при повторном обследовании больных, они приходят к таким выводам: 1) тонзиллэктомия не предотвращает нефрит, но может к нему предрасполагать; 2) тонзиллэктомией нельзя вылечить нефрит или предотвратить его от перехода в хроническое состояние; 3) тонзиллэктомия может быть причиной нефрита.

Rasmussen описывает 5 случаев гематурии и 1 случай преходящей альбуминурии, наблюдавшиеся у 17 больных после тонзиллэктомии. Этиология этих осложнений остается для автора спорной.

М. Л. Тамаркина пишет, что тонзиллэктомия может иногда вызвать возникновение процесса в здоровых до операции почках. Wallgren обследовал реакцию почек на тонзиллэктомию у больных гломерулонефритом и у здоровых детей. Он нашел, что обострение после операции

было у 16 из 32 больных. Из 105 больных со здоровыми почками у 35 в моче после операции появились эритроциты. Автор делает вывод, что после тонзиллэктомии раздражение почек у больных нефритом наблюдается чаще, чем у здоровых людей. Причиной гематурии после тонзиллэктомии на 2—3-й день автор считает всасывание токсинов из раневой поверхности.

Говоря о тонзиллэктомии как этиологическом моменте нефрита у ранее здоровых людей, следует поставить под сомнение это благополучие. Не являлось ли оно кажущимся? Не перенесли ли эти больные, страдающие хроническим тонзиллитом, замаскированный, не диагностированный вовремя очаговый нефрит? Ведь после клинического выздоровления признаков заболевания почек могло не быть, больной сам также мог не знать о перенесенном нефрите. А тонзиллэктомия дала толчок к обострению, что бывает в очень большом числе случаев. Вот здесь-то почечные симптомы выявились и могли быть приняты за нефрит вследствие операции.

Во всяком случае, этот вопрос дискутабелен и требует проверки.

Мы обследовали и оперировали 50 больных хроническим тонзиллитом без осложнений со стороны почек. Мы хотели таким образом иметь контрольные наблюдения в отношении реакции здоровых почек на операцию тонзиллэктомии. Эти больные подвергались при поступлении

Таблица 6

Распределение по возрасту и полу больных хроническим тонзиллитом без заболевания почек

Возраст, годы	Мужчин	Женщин	Всего по возрасту
До 10	—	—	—
11—15	—	—	5
16—20	6	9	15
21—30	4	18	22
31—40	2	4	6
41—50	1	—	1
Старше 50	—	1	1
Итого по полу	13	37	50

всем тем исследованиям, которые мы производили нашим больным с заболеваниями почек. Всего было 13 мужчин и 37 женщин. Распределение больных по возрасту и полу показано в табл. 6.

У 3 больных при рентгенографическом исследовании придаточных пазух носа были обнаружены явления риносинусита. Миндалины были увеличены у 14 больных, атрофированы — у 9 и обычного размера — у 27 больных. Частые ангины (больше 3 раз в год) отмечались у 25 больных. Ангины 1—2 раза в год были у 18 больных. Ангины один раз в несколько лет или же тонзиллит без ангин был у 7 больных. Наличие пробок и гноя в лакунах миндалин наблюдалось у 40 больных, спайки миндалин с дужками — у 40, гиперемия и утолщение дужек — у 9, расширенные лакуны и рыхлость ткани миндалин — у 33 человек, увеличение регионарных лимфатических узлов — у 12 больных.

Исследование флоры миндалин показало, что стрептококк встретился в 36% случаев (у 18 больных), стафилококк — в 42% (у 21 больного), прочая флора — у 44% (у 22 больных).

Подводя итоги сказанному, можно сделать вывод, что полученные результаты отоларингологического исследования этой группы больных (без поражения почек) мало чем отличаются от таковых у больных, имеющих тонзиллогенный нефрит.

По частоте осложнений после операции в этой группе больных и по характеру этих осложнений мы можем заключить, что без наличия процесса в почках число кровотечений как осложнений тонзиллэктомии значительно снижается. Однако кровотечение все же является осложнением, которое нам встретилось. Так, из 50 больных кровотечение было у 4, т. е. в 8%.

Изучая реакцию почек на тонзиллэктомию, мы ежедневно производили анализ мочи. Никаких изменений со стороны мочи не обнаружено у 42 человек (84%). Следы белка в моче появились у 8 человек (16%), у 6 (12%) в осадке мочи появились форменные элементы — цилиндры, эритроциты, увеличение числа лейкоцитов. Срок возникновения реакции почек и ее длительность показаны в табл. 7.

Приведем несколько историй болезни, иллюстрирующих появление симптомов реакции почечной ткани на

Таблица 7

Сроки возникновения реакции почек после тонзиллэктомии и их длительность

Длительность обострения, дни	Срок возникновения обострения, день после операции						
	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й	7-й	Всего по длительности
1	2	1	—	2	1	1	7
2	—	—	—	—	—	—	—
3	1	—	—	—	—	—	1
Больше 3	—	—	—	—	—	—	—
Итого по срокам возникновения	3	1	—	2	1	1	8

Примечание. День операции считается 1-м днем.

операцию тонзиллэктомии у больных хроническим тонзиллитом без заболевания почек.

Больная Е., 27 лет, поступила в клинику с жалобами на частые ангины с высокой температурой. При клиническом обследовании подтвержден диагноз хронического тонзиллита. До операции в течение нескольких дней (ежедневно) проводился контроль мочи. Никаких изменений обнаружено не было. На следующий день после операции в моче появились следы белка, единичные эритроциты и единичные гиалиновые цилиндры. В течение 2 дней держались боли в пояснице. Симптом Пастернацкого был отрицательным, мочеиспускание безболезненным. В дальнейшем все изменения в моче исчезли и при ежедневном контроле в течение 5 дней не возобновлялись. Из анамнеза отмечено лишь заболевание малярией. Почки никогда не болели.

Больная О., 19 лет, страдает ангинами по 3—4 раза в год с высокой температурой. Объективное обследование подтвердило диагноз хронического тонзиллита. В течение нескольких дней до операции в моче патологических изменений не было. Произведена тонзиллэктомия. На 6-й день после операции в моче появились следы белка, лейкоциты покрывают все поле зрения, единичные эритроциты в поле зрения, много эпителия. Все изменения держались лишь 1 день, затем снова отклонений от нормы не было.

В данном случае больная за 6 лет до операции перенесла цистит, но больше никогда не болела ни циститом, ни другими заболеваниями мочевой системы.

Оказалось, что из 8 больных, оперированных по поводу хронического тонзиллита без заболевания почек, у ко-

торых отмечалась реакция почек на операцию, 4 в прошлом перенесли заболевание почек, но оно прошло без видимых последствий, о нем забыли. У 5 из 8 больных в анамнезе была скарлатина; 3 больных никаких причин возможного заболевания почек не знают и считают себя здоровыми.

Мы думаем, что у больных, перенесших в прошлом какое-то заболевание почек или скарлатину (часто с осложнением на почки, которое прошло незамеченным), почки являются местом наименьшего сопротивления, прежде всего реагирующим на любую перестройку в организме. Кроме того, можно представить себе механизм этой реакции и как аллергический. Почки, сенсибилизированные наличием хронического тонзиллита, реагируют на операцию удаления миндалин как на разрешающий фактор. В зависимости от характера и интенсивности сенсибилизации может случиться, что операция как бы явится причиной нефрита. Но это не значит, что если бы операция не была сделана, нефрит мог не возникнуть. Одна из следующих ангин могла бы заменить операцию в качестве разрешающего фактора и вызвать тот же нефрит, возможно, в более тяжелой форме.

Мы позволяем себе считать, что операция как причина нефрита не опасна. Она является таковой, по-видимому, чрезвычайно редко, а на абсолютно здоровые почки не оказывает никакого влияния.

ГЛАВА IV

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

По данным статистики, около 10% острых нефритов переходит в хроническую форму. Одной из причин этого С. С. Барац считает наличие хронической инфекции, воспалительных очагов, вызывающих повторные сосудисто-воспалительные реакции со стороны почек. Е. М. Тареев также указывает, что не менее 10% всех острых нефритов заканчивается переходом в хронические формы. Некоторые авторы приводят более высокие цифры — 30—40%. По мнению Ф. М. Меселевского, прогноз при остром нефрите у детей лучше, чем у взрослых, но в связи с возможностью перехода в хроническую форму следует говорить о нем с осторожностью. Для предотвращения нежелательных исходов нефрита следует принимать все меры к лечению его острых форм. Одной из таких мер является ликвидация источника инфекции, в ряде случаев вызвавшего заболевание почек или же дающего обострение и ухудшение его течения. С этой точки зрения, определенный интерес представляет изучение влияния тонзиллэктомии на дальнейшее течение и ход лечения заболеваний почек.

Литература об эффективности тонзиллэктомии и ее влиянии на течение заболевания почек весьма обширна. Однако следует сказать, что многие работы базируются на очень небольшом числе наблюдений или же располагают данными катамнеза за небольшой период с момента операции.

Под наблюдением И. Б. Блюма в течение 8 лет находилось 12 больных хроническим нефритом. У 6 из них

отмечен хороший результат после тонзиллэктомии (анализ мочи без патологии), 1 больной умер и у 5 результат неизвестен. Автор считает, что тонзиллэктомия является единственным радикальным и надежным методом лечения общих и местных тонзиллогенных заболеваний.

К. Н. Козицкая из 13 больных нефритом отметила после тонзиллэктомии выздоровление у 7 больных, улучшение — у 1; состояние не изменилось у 5 больных, ухудшений не было. Я. Л. Коц приводит отдаленные результаты наблюдений над 42 больными острым и подострым нефритом. У 22 больных отмечено выздоровление (52,4%), у 8 (19%) — улучшение, у 9 (21,5%) — без перемен, у 3 (7,1%) — ухудшение. Из 16 больных хроническим нефритом у 4 (25%) отмечено улучшение, у 12 (75%) состояние осталось прежним.

Б. С. Преображенский приводит наблюдения над 5 больными подострым нефрозо-нефритом и 9 больными острым и подострым нефритом. У 1 из 5 больных отмечалось небольшое улучшение и у 8 из 9 — значительное улучшение состояния почек после тонзиллэктомии.

По материалам С. А. Гиляревского и А. М. Гельфона, из 54 больных острым и подострым очаговым нефритом у 24 (44%) наблюдалось выздоровление, у 10 (18,5%) — улучшение, у 18 (33,3%) — эффекта не отмечено. Из 22 человек, больных рецидивирующим очаговым нефритом, у 4 (19%) отмечено выздоровление, у 18 (81%) — без перемен. Ни один больной хроническим нефритом не выздоровел; улучшение отмечено у 1 (12,5%), без перемен — 7 (87,5%).

А. Х. Миньковский наблюдал после тонзиллэктомии излечение заболевания почек у 33% и улучшение — у 28% больных. Н. В. Ашуров при нефрите отметил улучшение после тонзиллэктомии у 52% больных. П. С. Кубланова считает эффективной тонзиллэктомию при остром нефрите (21 больной).

М. К. Гольдманович говорит, что наибольшую эффективность тонзиллэктомии можно наблюдать при ревматизме, несколько меньшую — при нефритах. Л. Т. Левин приводит свои результаты тонзиллэктомии при нефритах: 38% излечений, 28% улучшений и в 34% состояние больных не изменилось. М. М. Кутырин приводит наблюдения над 79 больными тонзиллогенным нефритом; из них 78 человек оперировано по поводу хронического тонзил-

лита. Выздоровело 62 человека, без изменений — у 6, ухудшение состояния почек — у 11 человек. Из 4 больных тонзиллогенным пиелитом все выздоровели.

Л. М. Ковалева наблюдала через 1—3 года после тонзиллэктомии 89,7% хороших результатов на 445 оперированных ею больных. Она считает эту операцию показанной при хроническом тонзиллите, осложненном ревматизмом, нефритом и др.

Neumann у 83 из 230 больных с патологией почек отметил после тонзиллэктомии выздоровление, у 40 — улучшение, у 27 — состояние не изменилось; 8 человек умерли.

Spreng наблюдал излечение после тонзиллэктомии при очаговом нефрите у 11 больных. Свои выводы относительно острых диффузных гломерулонефритов (8 больных), подострых (2 больных), хронических нефритов (4 больных) и нефрозов (1 больной) автор делает на основании незначительного числа наблюдений. Невелико количество наблюдений, описанных и другими авторами: Плетнев наблюдал 2 больных, Юнг — 15 (цит. по Т. И. Чубарову), С. Н. Эйгес и С. К. Розенфельд — 5, Б. Е. Смочилин — 10, Ф. Ф. Маломуж — 3, Ц. А. Рогинская — 2, М. Р. Акерс — 1 больного.

Calamida у 8 из 14 больных острым нефритом после тонзиллэктомии отметил выздоровление (срок наблюдения до 4 лет). В то же время из 10 больных хроническим нефритом выздоровело после операции лишь 2. У Mazzavello выздоровело 7 больных гломерулонефритом после операции удаления миндалин в сочетании с гигиенически-диетическим лечением.

Cremonesi и Germinale пишут, что хирургическая терапия тонзиллитов с достаточной убедительностью продемонстрировала свою эффективность. Она может считаться важным фактором в лечении нефрита. Эффективность тонзиллэктомии блестяща при острых формах нефрита. При подострых формах, когда в почечной паренхиме имеются уже необратимые изменения, эффективность невелика, но все же в ряде случаев наблюдается улучшение. При хронических нефритах предотвращалось неблагоприятное воздействие хронического тонзиллита.

В работах большинства авторов красной нитью проходит положение, что тонзиллэктомия показана и дает хороший результат лишь в случаях, когда можно установить тонзиллогенность процесса и когда изменения в поч-

ках могут претерпеть обратное развитие. Наиболее эффективны операции в ранней стадии заболевания (С. А. Гиляревский, А. М. Гельфон, Е. Н. Кацнельсон, А. Н. Гешелин, В. Н. Зак, М. М. Кутырин, Е. П. Котельникова, В. Н. Логинова, А. С. Цырлина и В. З. Пушкин, Alport, Limito, Calamida, Bennholdt-Thomsen).

Мы изучали эффективность тонзиллэктомии. Для этого проведено обследование оперированных нами больных и изучение материала архива нашей клиники с вызовом больных для контрольного осмотра.

Отдаленные результаты тонзиллэктомии при заболеваниях почек и хроническом тонзиллите (собственные наблюдения)

Мы имели возможность обследовать и выяснить отдаленные результаты оперативного лечения больных на протяжении $5^1/_2$ лет и больше. Результаты операций мы подразделили на ближайшие (срок до 6 месяцев) и отдаленные ($5^1/_2$ лет и больше).

Всего под нашим наблюдением находилось 92 человека, из них 16 — до 6 месяцев, 25 — от 6 месяцев до 1 года, 36 — от 1 года до 3 лет, 4 — от 3 до 5 лет и 11 — от 5 лет и больше (рис. 9).

При повторном обследовании больных направляли к окулисту для контроля состояния глазного дна, им измеряли артериальное давление, производили общий клинический и биохимический анализы крови, анализы мочи, общее клиническое обследование. Больных направляли на консультацию к терапевту для заключения о том или ином сдвиге, изменении в состоянии почек.

Все 92 обследованных отметили полное прекращение рецидивов ангин; 10 человек (10,8%) жаловались на сухость в горле, першение. Лишь у 5 человек (5,4%) повторялись обострения нефрита от различных причин (перенесенная инфекция, грипп, резкое охлаждение, нарушение диеты). Полученные результаты обследования обозначены как клиническое выздоровление, улучшение состояния, без изменений, ухудшение. В графу «клиническое выздоровление» отнесены лишь лица, у которых полностью восстановилась трудоспособность. Нефрит после операции у них не рецидивировал, артериальное давление было в пределах нормы, в моче белка не было (или коли-

чество его не превышает следов), форменных элементов в осадке не было.

«Улучшение» определялось у тех больных, у которых после операции самочувствие улучшалось и трудоспособность восстанавливалась, но изредка по той или иной причине повторялись рецидивы нефрита, артериальное давление было нормальным, в моче белок в небольших количествах (до 1,0‰), но значительно меньше, чем до операции.

Состояние «без изменений» определялось тогда, когда никаких изменений со стороны общего самочувствия, состояния трудоспособности и показаний анализов ни в лучшую, ни в худшую сторону после операции не произошло.

«Ухудшение» определялось при ухудшении самочувствия, снижении или потере трудоспособности, ухудшении показаний анализов.

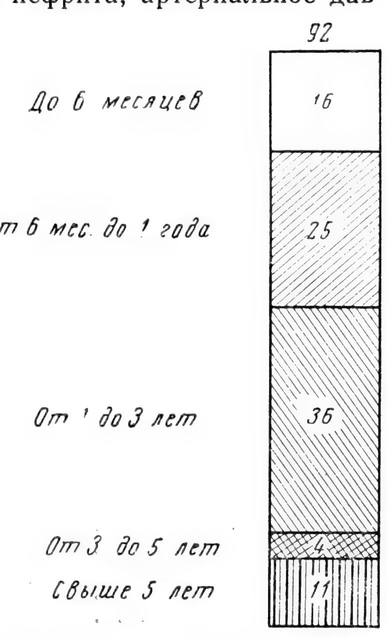

Рис. 9. Длительность наблюдения результатов тонзиллэктомии у больных с заболеваниями почек (собственные наблюдения).

Из 50 больных острым диффузным нефритом выздоровело 29 человек (58%), состояние улучшилось у 6 человек (12%). Ухудшений нет (у 15 человек отдаленный результат неизвестен).

Из 38 оперированных больных хроническим диффузным нефритом выздоровело 3 человека (7,9%), состояние улучшилось у 8 (21%), без перемен у 10 (26,3%), умерло 2 больных (5,2%). Результаты катамнеза неизвестны у 15 больных.

Из 2 больных подострым нефритом у одного отмечено улучшение, у другого — состояние не изменилось.

Из 25 больных очаговыми нефритами было 12 больных острым очаговым нефритом и 13 хроническим очаго-

вым нефритом. Из этих 25 больных после операции выздоровело 20 (80%), у 4 больных состояние не изменилось и у 1 — результат неизвестен.

Из 10 больных с прочими заболеваниями почек и мочевых путей выздоровело 8 человек, у 2 результат неизвестен. Сюда мы отнесли больных, страдавших пиелитами, циститами, пиелоциститами, паранефритами. Так как число наблюдений, свидетельствующих о влиянии тонзиллэктомии на течение этих заболеваний, недостаточно, то мы не считаем себя вправе исчислять проценты при изучении отдаленных результатов.

Все данные можно представить в виде таблицы (табл. 8).

Таблица 8

Отдаленные результаты тонзиллэктомии у больных с заболеванием почек (собственные наблюдения)

Наименование болезни	Всего больных	Выздоровело	Улучшений	Без перемен	Умерло	Результат неизвестен
Острый диффузный нефрит	50	29	6	—	—	15
Хронический диффузный нефрит	38	3	8	10	2	15
Подострый нефрит	2	—	1	1	—	—
Очаговый нефрит:	12	11	—	—	—	1
острый, хронический . .	13	9	—	4	—	—
Прочие заболевания . . .	10	8	—	—	—	2
Итого . . .	125	60	15	15	2	33

Приведем в качестве примера несколько выписок из историй болезни оперированных больных с различными заболеваниями почек и мочевых путей.

Больной Т., 31 года, переведен из терапевтической клиники с диагнозом хронического тонзиллита, хронического нефрита. В анамнезе ангины 1—2 раза в год, с температурой до 38°. В 1947 г. через месяц после перенесенной ангины развился острый нефрит. В моче было до 4,65‰ белка, эритроциты. Артериальное давление 190/100 мм рт. ст. В последующие годы после каждой ангины — обострение нефрита, перешедшего уже в хроническую форму. При поступлении в нашу клинику артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Кровь без патоло-

гических изменений. Глазное дно — норма. Рентгеноскопия грудной клетки без особенностей. Проба по Зимницкому: дневной диурез 560 мл, ночной 445 мл; удельный вес мочи 1010—1015; в моче белка 1,3‰, эритроциты разрушенные 1—2 в поле зрения, цилиндров гиалиновых 5—6 в поле зрения, зернистых 2—3 в поле зрения. 18/I 1952 г. произведена тонзиллэктомия. Через 6 лет больной обследован. Он здоров, ангинами после операции ни разу не болел, обострений нефрита также не было.

Изменений в анализах крови и мочи нет.

Больной М., 17 лет, переведен из терапевтической клиники 17/III 1952 г. с диагнозом хронического тонзиллита, острого нефрита. В анамнезе всего 3 ангины с высокой температурой. После последней ангины в декабре 1951 г. через 4 дня развился острый нефрит, артериальное давление 140/90 мм рт. ст., в моче белка 6,6‰, эритроциты, цилиндры. За время пребывания в терапевтической клинике больной вновь перенес ангину с резким ухудшением самочувствия. Повысилось артериальное давление, увеличился белок в моче. После вновь наступившего улучшения переведен для тонзиллэктомии. При поступлении в анализах крови и мочи нет патологических изменений. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. 19/III 1956 г. произведена двусторонняя тонзиллэктомия. Обследован через $2^1/_2$ года. Ангинами не болеет, почки ни разу не давали обострений процесса. Выздоровление.

Больная К., 22 лет, поступила с диагнозом хронического цистита, пиелита, хронического тонзиллита. В феврале 1951 г., через месяц после заболевания ангиной, появилось осложнение в виде пиелита и цистита. С тех пор каждая ангина давала обострение процесса (5 ангин за 1951 г. — 5 обострений). При поступлении артериальное давление 110/65 мм рт. ст. Анализ крови — норма. В анализе мочи: белка 1,5‰, лейкоциты покрывают все поле зрения, эритроциты свежие — все поле зрения. 3/XII 1956 г. произведена двусторонняя тонзиллэктомия. Обследована через 5 лет. Ангины и обострения цистита, пиелита не повторялись. В крови и моче нет патологических изменений. Выздоровление.

Больной С., 36 лет, поступил из терапевтической клиники с диагнозом очагового нефрита, хронического тонзиллита. РОЭ 28 мм в час, других патологических изменений в крови нет. В моче следы белка, эритроцитов 5—6 в поле зрения, цилиндров гиалиновых 4—5 в поле зрения. Больной оперирован. Повторное обследование через 2 года. Ангин не было. Анализы крови и мочи без отклонений от нормы. Выздоровление.

Больной Ш., 16 лет, 15/XI 1951 г. переведен из терапевтической клиники с диагнозом: хронический тонзиллит, хронический левосторонний гайморит, амилоиднолипоидный нефроз с начальными явлениями сморщивания почек. В анамнезе типичных ангин нет. Изредка ощущения неловкости в горле и боли при глотании, с небольшой температурой. С 1947 г. стали появляться головные боли, отеки под глазами, бледность лица. Больной стационирован. В моче обнаружено до 40,0‰ белка, диагностирован нефрит. Трижды в течение 1947 г. были обострения почечного заболевания, сопровождавшие болезненные явления в глотке. В 1949 г. диагностирован липоидный нефроз. В декабре 1951 г. стационирован в терапевтическую клинику I ММИ, откуда для тонзиллэктомии переведен в нашу клинику.

При поступлении артериальное давление 120/80 мм рт. ст., РОЭ 65 мм в час. Анализ мочи: белка 3,0‰, эритроцитов 5—6 в поле зрения, цилиндров гиалиновых 2—3 в поле зрения, зернистых 5—6 в поле зрения. Остаточный азот крови 25,5 мг%.

19/XI 1951 г. произведено промывание лакун миндалин, после чего на следующий день развилась ангина с температурой 38°, давшая обострение процесса в почках — уровень белка в моче поднялся до 15‰, зернистые цилиндры покрывают все поле зрения. В крови появился пойкилоцитоз и анизоцитоз; Hb 40%, л. 14 000, п. 12%, с. 36%, э. в толстой капле, лимф. 46%, мон. 6%; РОЭ 76 мм в час; остаточный азот 40,4 мг%. Обострение длилось 6 дней. Ввиду наличия гомогенного затемнения левой гайморовой пазухи сделан ее пробный прокол. Промывная жидкость чистая. 29/XI 1951 г. удалена одна миндалина. Во время операции паренхиматозное кровотечение, значительная тахикардия. На следующий день артериальное давление 140/90 мм рт. ст. Белка в моче 18‰, затем 27‰. Резкая слабость, тахикардия. Через 8 дней после улучшения общего состояния и улучшения показателей в анализах 6/XII 1951 г. удалена вторая миндалина. Вновь обострение, белка в моче 28,0‰. Переведен в терапевтическую клинику.

Обследование через 3 года: учится, занимается физкультурой, диеты не соблюдает. Чувствует себя хорошо. Ангин и болей в горле нет. Обострений заболевания почек не было. Анализ крови: Hb 69%, л. 5600, РОЭ 18 мм в час, формула крови без изменений. Анализ мочи: белка 1,65‰ и меньше. Артериальное давление 110/60 мм рт. ст. Биохимические анализы крови в пределах нормы.

Это наблюдение отнесено нами к графе «улучшение». Однако при обследовании в 1957 г. (через 6 лет) оказалось, что больной умер. На секции обнаружена вторично сморщенная почка. Операция лишь удлинила срок его жизни, прекратив обострения заболевания и замедлив тем самым течение процесса. В то же время это наблюдение с достаточной четкостью подтверждает то положение, что при необратимых изменениях, уже наступивших в почечной ткани, тонзиллэктомия не может привести к выздоровлению, но отсутствие обострений (в нашем примере — в течение более чем $5^1/_2$ лет) уже является положительным результатом операции.

Больной Ш., 23 лет, переведен в нашу клинику из терапевтической. Диагноз: хронический тонзиллит, хронический нефрит. В феврале 1956 г. произведена тонзиллэктомия. Через 1 год после операции больной умер от уремии. Первое время после тонзиллэктомии он чувствовал себя хорошо, восстановилась трудоспособность, продолжал учиться в институте и даже поехал на практику. Во время пребывания на практике Ш. находился в условиях, не соответствующих его здоровью. Началось обострение нефрита, потребовавшее госпитализации в терапевтическое отделение, однако предотвратить смерть было уже невозможно.

Отдаленные результаты тонзиллэктомии при заболеваниях почек и хроническом тонзиллите (по материалам архива клиники)

Для изучения отдаленных результатов разработаны истории болезни архива клиники с 1925 по 1957 г. Всего было 8184 больных, лечившихся и оперированных по поводу хронического тонзиллита. Из них у 447 человек имелось осложнение на почки или мочевые пути. Все 447 больных были вызваны для повторного обследования. Явилось 150 человек (сюда включены и больные, находившиеся под нашим наблюдением); 135 человек были обследованы в клинике, а 15 иногородних прислали письменные ответы, анализы и заключение терапевта о состоянии здоровья; 95 человек находилось под нашим наблюдением от 6 месяцев до 3 лет, 23 — от 3 до 5 лет, 23 — от 5 до 10 лет, 3 — от 10 до 15 лет, 3 — от 15 до 20 лет, 3 — свыше 20 лет (табл. 9).

Таблица 9

Длительность наблюдения результатов тонзиллэктомии у больных с заболеванием почек

Длительность наблюдения, годы	Число больных		
	данные архива	собственные наблюдения	Всего
1/2—3	18	77	95
3—5	19	4	23
5—10	12	11	23
10—15	3	—	3
15—20	3	—	3
Более 20	3	—	3
Итого	58	92	150

Повторное обследование этих больных проводилось по общему плану. Результаты обследования распределялись также как «выздоровление», «улучшение», «без перемен», «ухудшение».

Мы получили следующие результаты. Ангины не повторялись у 150 человек (100%). В отношении заболева-

ния почек (следует оговориться, что при оценке изменений состояния процесса в почках мы принимали во внимание прежде всего мнение лечащего врача — терапевта) отмечено выздоровление у 97 человек (64,6%), улучшение — у 25 (16,7%), без перемен — у 22 (14,7%); умерло 6 человек (4%).

Если представить эти результаты в соответствии с характером процесса в почках, то при остром диффузном нефрите выздоровление и улучшение наблюдалось у 62 (98,4%) из 63 человек, при хроническом диффузном нефрите — у 22 (52,3%) из 42 человек, при подостром нефрите — у 3 из 4 человек, при очаговом (остром и хроническом) нефрите — у 24 (80%) из 30 человек (табл. 10).

Таблица 10

Отдаленные результаты тонзиллэктомии у больных с заболеванием почек, оперированных в клинике с 1925 г. по февраль 1957 г. (данные архива и собственные наблюдения)

Наименование болезни	Всего больных	Число больных			
		выздоровело	улучшение	без перемен	умерло
Острый диффузный нефрит	63	55	7	—	1
Острый очаговый нефрит	12	12	—	—	—
Хронический диффузный нефрит	42	8	14	16	4
Хронический очаговый нефрит	18	11	1	5	1
Подострый нефрит	4	1	2	1	—
Прочие (цистит, пиелит, паранефрит)	11	10	1	—	—
Итого . . .	150	97	25	22	6

Метод капилляроскопии в оценке эффективности тонзиллэктомии

Для суждения о течении процесса в почках в качестве одного из тестов может быть применена капилляроскопия. При этом следует исходить из общего положения, что в патогенезе нефрита немалую роль играет поражение капилляров.

Капилляроскопия является важным методом определения функционального состояния сердечно-сосудистой

системы. Методика капилляроскопии разработана отечественными и иностранными авторами. Изучалось состояние капиллярного кровообращения в норме и в патологии (А. И. Нестеров, Н. А. Скульский, С. М. Волынский, В. М. Ковалевич, Weiss и др.).

Рядом авторов доказано влияние хронического тонзиллита на сердечно-сосудистую систему. Воздействие осуществляется гуморальным и рефлекторным путем. Г. Ф. Иванов и др. доказали наличие иннервации сосудов, в том числе и капилляров. Сердечно-сосудистые изменения, несомненно, отражаются на капиллярной гемодинамике, являющейся наиболее лабильным отделом органов кровообращения. И. К. Киреев обследовал 60 больных хроническим тонзиллитом, в остальном практически здоровых. В результате обследования до и после тонзиллэктомии автор пришел к выводу, что при хроническом тонзиллите имеет место преобладание спастико-атонического синдрома.

Данные капилляроскопии до и после операции тонзиллэктомии у больных с заболеванием почек помогли изучению реакции почек на операцию и наблюдению за течением процесса в почках.

Нефрит рассматривают как «вторую болезнь» со сложным патогенезом и аллергической природой. Нефритическая болезнь, по мнению М. С. Вовси, Е. М. Тареева, С. Д. Рейзельмана и др., — это общее заболевание организма с распространенным поражением различных областей тела, преимущественно почек. По данным проф. В. Г. Молоткова, при нефритической болезни наиболее грубые и обширные анатомические изменения происходят в клубочковом аппарате почек, где на фоне расстройства кровообращения (неравномерное кровенаполнение клубочков, часто очень резкое полнокровие, стаз, фибриноидные тромбы и пр.) появляются изменения с признаками истинного воспаления. Последнее выражается появлением в клубочках альтеративных, экссудативных и пролиферативных изменений различной интенсивности. В патогенезе заболеваний почек большое значение придается внепочечным факторам. Особенно подчеркивается роль поражения мелких сосудов и капилляров всего организма. Из всех сосудистых нарушений основное значение в развитии общих симптомов имеет нарушение общесосудистой проницаемости.

Советские и зарубежные авторы доказали исключительно важную роль нормальной проницаемости капилляров в жизнедеятельности организма, в том числе и почек, в механизме мочеобразования. Состояние проницаемости капилляров играет значительную роль в реактивности организма и его иммунобиологической перестройке, что отражается на исходе почечных заболеваний (по Р. С. Мамиконян).

Е. В. Серова изучала патогенез осложнений при хронических тонзиллитах. В экспериментах на кроликах установлено, что при повреждении нервных рецепторов и проводников в системе блуждающего нерва и сино-каротидной зоны непосредственным воздействием микробов, поступающих из миндалин, нарушается нервная регуляция, гемодинамика. Происходит изменение проницаемости кровеносных сосудов для воздействия микробного и интоксикационного факторов.

Большая роль, которую играет поражение капилляров в патогенезе заболевания почек, делает понятным стремление врачей изучать состояние капилляров для того, чтобы судить о заболевании. Это стало возможным, когда медицина обогатилась методом капилляроскопии. Проще и удобнее всего исследовать капилляры ногтевого ложа пальцев рук. Капилляры располагаются здесь в несколько рядов — этажей друг над другом. Самый верхний этаж имеет вид трубочек — петель. Такая трубочка-петля имеет 3 составные части — тонкую, приводящую, или артериальную, браншу (ножку), четко очерченную; более толстую, отводящую, или венозную (не так четко очерченную), и переходное колено. В норме капилляры выглядят в виде частокола из петель формы головной шпильки и оканчиваются всегда на одном уровне. Извилистость их незначительная, они почти прямые. Ток крови из артериальной ножки в венозную всегда равномерный, кровенаполнение хорошее. Капилляроскопию следует проводить всегда в одинаковое время дня, при одинаковой температуре помещения, в одинаковые сроки до или после приема пищи. Изменение условий исследования отражается на состоянии капилляров. При исследовании обращают внимание на фон, его окраску и степень прозрачности, количество капилляров, их форму — длину и ширину просвета петли, ее извилистость. Играют роль состояние и характер кровотока — он может быть равномерно

быстрый или медленный, замедляющийся, временами зернистый. Может быть волнообразное течение разного темпа, скоропроходящий стаз, спастическая остановка и т. д.

Следует также обращать внимание на состояние подсосочкового сплетения, наличие там кровоизлияний и т. д.

Капилляры ногтевого ложа при нефритах сужены и извиты больше обычного. С. Д. Рейзельман отмечает, что при альбуминуриях, не связанных с диффузным нефритом, сужений и извитости капилляров обнаружить не удается.

Н. А. Скульский, много занимавшийся изучением капилляров, описывает изменения в капиллярной системе, которые он наблюдал при заболеваниях почек. При остром гломерулонефрите он констатировал увеличение количества петель. Форма их оказывалась самой разнообразной. Окраска петли бледнее обычного, часто наблюдался спазм артериальной ножки. Петли удлинены, извиты. Извитость чаще змеевидная, имеются анастомозы артериальных частей петель. Кровоток прерывистый, замедлен. В случаях тяжелых гломерулонефритов обрисовывается подсосочковое сплетение, видны кровоизлияния. При хроническом нефрите петли удлиняются еще больше, извитость их принимает штопорообразный характер, сильно развиты анастомозы. Петли распределяются неравномерно, чаще встречаются кровоизлияния. Кровоток зернист; из-за наличия ишемии фон бледный, мутный (мутность объясняется появлением отека).

Капилляроскопию мы производили 70 больным острыми и хроническими диффузными и очаговыми нефритами и хроническим тонзиллитом и 50 больным без заболевания почек, поступившим по поводу хронического тонзиллита.

Капиллярное кровообращение, исследовали всегда в одинаковой обстановке, утром, до еды. Капилляроскопию производили в области ногтевых лунок на пальцах рук, где капилляры расположены поверхностно. Мы брали III и IV пальцы левой руки, так как они меньше всего подвергаются травме. Для гомогенизации среды, просветления, кожу обычно смазывали вазелиновым маслом. Полученные результаты сравнивали с капилляроскопической картиной других пальцев той же руки или правой руки. Сроки исследования: первый раз в предоперационном периоде, второй раз — через 3—6 месяцев и больше.

Наш капилляроскоп модели М-70А имеет 2 сменных окуляра. Это позволило нам получать увеличение в 27 и 70 раз. Внутри окуляра 4Х имеется сетка со шкалой, деление которой равно 0,05 мм. Интервал между двумя большими штрихами соответствует 0,1 мм на объективе. Оцифровка шкалы дана от 0 до 1 мм, через каждые 0,2 мм. Наличие сетки позволяет подсчитывать количество капилляров в 1 линейном миллиметре. А. И. Нестеров считает, что число капиллярных петель в 1 линейном миллиметре в среднем равно 8. С. М. Волынский, исследуя капилляры здоровых людей, считает, что в норме в первом ряду должно быть 14—17 капилляров, причем 10—20% капилляров имеют форму восьмерки.

Увеличение в 70 раз позволило нам ясно различать характер кровотока, фон и контуры капилляров. Всего мы произвели капилляроскопию у 120 больных. В первую группу вошло 47 больных острыми нефритами и хроническим тонзиллитом, во вторую — 23 больных хроническими нефритами и хроническим тонзиллитом, в третью — 50 человек со здоровыми почками, страдающих хроническим тонзиллитом.

Первая группа (47 больных хроническим тонзиллитом и острым нефритом). Изменения капилляроскопической картины до операции наблюдались у 18 человек. Преимущественно это были больные с диффузными поражениями почек, причем чем более легкой была форма заболевания почек и чем больше времени прошло с момента начала болезни, тем меньше изменений отмечалось в капилляроскопической картине. Если больные поступали к нам уже почти полностью выздоровев, то капилляроскопическая картина в ряде случаев почти не имела отклонения от нормы (29 человек). До операции у 22 больных наблюдалась мутность фона, у 11 — не был виден кровоток, у 13 — он был изменен (зернистый, прерывистый и т. д.) и у 6 — наблюдалась склонность капилляров к обильному анастомозированию. При обследовании в послеоперационном периоде у 17 человек (36,2%) отмечалось улучшение капилляроскопической картины, просветление фона, нормализация кровотока; у 30 (63,8%) картина не изменилась. В отдаленном послеоперационном периоде наблюдения (более 3 месяцев) улучшение в капилляроскопической картине обнаружено у 32 (68%) человек.

Вторая группа (23 больных хроническим тонзиллитом и хроническим нефритом). В этой группе значительные изменения до операции наблюдались у 18 больных. Удалось провести параллель между давностью хронического нефрита и его тяжестью и капилляроскопической картиной: чем дольше длится заболевание нефритом и чем он тяжелее, тем большие изменения можно видеть при капилляроскопии. До операции мутность фона наблюдалась у 19 больных. У 7 больных не был виден кровоток, у 11 — он был изменен. У 11 больных наблюдалась обильная извилистость капилляров, как змеевидная, так и штопорообразная; склонность к анастомозированию и кровоизлияниям. В послеоперационном периоде улучшение отмечалось у 5 человек (21,7%). У 18 человек (78,3%) изменений не наступило. В отдаленном послеоперационном периоде улучшение наблюдалось у 11 человек (47,8%).

Третья группа (50 человек с хроническим тонзиллитом и здоровыми почками). В этой группе изменений капилляроскопической картины, характерных для хронического тонзиллита, не обнаружено. У всех больных картина при капилляроскопии соответствовала нормальной как до, так и после операции и в катамнезе.

При сравнении данных капилляроскопии у больных хроническим тонзиллитом и нефритами до и после операции следует отметить, что чем более выражены изменения при нефрите, тем больше изменений в капилляроскопической картине. Изменения капилляров выражены интенсивнее при хронических нефритах и в ближайшее время после острого процесса в почках, т. е. идут параллельно течению нефрита. При хроническом тонзиллите, не осложненном заболеваниями почек, нам не удалось отметить специфических изменений в капиллярах. После тонзиллэктомии улучшение капилляроскопической картины наступило при острых нефритах в 68%, при хронических — в 47,8% (соответственно 32 и 11 человек).

В чем причины недостаточной эффективности тонзиллэктомии в некоторых случаях?

Почему же в определенном проценте случаев тонзиллэктомия оказывается неэффективной? Понятно, что тонзиллэктомия не может излечить нефрит, не может приве-

сти к восстановлению необратимых изменений, наступивших уже в почечной ткани. Речь идет о тех случаях, когда, казалось бы, имеются все условия для улучшения после операции, а оно не наступает.

Причин для этого много. Одной из первых следует назвать хирургическую технику. Если операция произведена недостаточно тщательно и имеются остатки лимфаденоидной ткани, то может развиться рецидив тонзиллита, викарная гипертрофия этих остатков в виде как бы новой миндалины. Б. С. Преображенский при оценке результатов тонзиллэктомии одним из основных критериев считает качество произведенной операции. Самым неблагоприятным является остаток верхнего полюса миндалины, так как он содержит обычно пробки и гной. В то же время остаток нижнего полюса, который нередко рецидивирует, не является столь важным, ибо не имеет щелей и пробок обычно не содержит. Остатки лимфаденоидной ткани или регенерированных тканей миндалин встречаются в нишах довольно часто, даже после тщательно сделанной тонзиллэктомии (Г. С. Ноткин, Б. М. Млечин, Б. С. Преображенский, И. Б. Блюм).

С. Н. Эйгес посвятил свою работу вопросу о регенерации лимфаденоидной ткани миндалин после тонзиллэктомии. Из приведенных им литературных данных следует, что происходит регенерация не полностью удаленных при операции остатков миндалины или очагов лимфатической ткани, заложенных экстракапсулярно (Beck, Long). С. Н. Эйгес обследовал 202 больных после тонзиллэктомии спустя 1 месяц — $4^1/_2$ года. Более чем у 60% из них в нишах имелась миндаликовая ткань. Внешний вид ее и данные микроскопического исследования позволили сделать заключение, что это в большинстве случаев не новообразованная, а предшествовавшая ткань.

Б. С. Преображенский считает, что встречающаяся после тонзиллэктомии в нижнем отделе ниши лимфатическая ткань является разрастанием с корня языка язычной миндалины. Иногда это остатки небных миндалин или же их симулирует плотная рубцовая ткань на месте грануляций после тонзиллэктомии.

К другим причинам неуспеха тонзиллэктомии при наличии тонзиллогенных заболеваний относятся ошибки в диагностике, когда «тонзиллогенное» заболевание имеет другую, нераспознанную этиологию. Может быть и так,

что диагноз правильный, но, помимо миндалин, имеется еще другой или несколько очагов, влияющих на течение того или иного заболевания. Кроме того, процесс мог зайти уже так далеко, что операция не в состоянии ликвидировать происшедшие необратимые изменения (Л. Т. Левин, Rohleder).

До сих пор в каждом отдельном случае трудно дать точно обоснованное предсказание в отношении эффективности тонзиллэктомии, что ведет иногда к неумеренному восхищению или незаслуженному порицанию этого метода. В некоторых случаях неэффективность тонзиллэктомии может быть объяснена особенностями анатомического строения надминдаликового пространства. При гистологическом изучении анатомии последнего там обнаружено существование слепых ходов, бухт, выстланных эпителием и внедряющихся в ткань мягкого неба (М. Г. Григ). Бухты могут быть вместилищем инфекции и после тонзиллэктомии.

Одной из причин неуспеха могут быть неудаленные аденоиды (наличие хронического аденоидита).

Н. А. Карпов объясняет механизм рецидива тонзиллита следующим образом. Удаление необходимого звена реакции — миндалин — нарушает непрерывность цепи. Однако если имеется раздраженная тонзиллярная ткань в нишах (вновь образованная) или на другом участке глотки, то реакция вновь становится осуществимой. Отсюда эквивалент острых тонзиллитов.

Как уже было сказано, Т. И. Чубаров пытается объяснить рецидивы после тонзиллэктомии явлением «металлергии». Организм, в течение долгого времени специфически сенсибилизированный аллергеном одного порядка (при хроническом воспалении миндалин), после удаления этого аллергена (тонзиллэктомия) может через некоторое время дать подобную же реакцию (например, вспышку нефрита) в ответ на другой аллерген.

Своевременное лечение хронического тонзиллита — существенная мера профилактики тонзиллогенных заболеваний почек

Изучая большую и разнообразную литературу, посвященную проблеме взаимосвязи ангин и хронического тонзиллита, осложненного заболеванием почек, мы убеди-

лись, что она и по сей день остается чрезвычайно актуальной и имеет много нерешенных вопросов.

Сопоставляя данные, приведенные в литературе, с собственными наблюдениями, мы можем сделать некоторые обобщения об эффективности тонзиллэктомии и ее влияния на дальнейшее течение и лечение тонзиллогенного нефрита.

Нами было обследовано до операции и в ближайшем и отдаленном периоде после операции 150 больных с различными формами нефритов и других тонзиллогенных заболеваний почек и мочевых путей. Сроки наблюдений исчисляются до 22 лет. Помимо этого, проведены наблюдения над группой в 50 человек, больных хроническим тонзиллитом, со здоровыми почками. Мы пытались установить, влияет ли тонзиллэктомия на почки и можно ли считать ее способной вызвать нефрит. Наши наблюдения позволяют считать, что тонзиллэктомию не следует рассматривать как возможный этиологический фактор нефрита. Материал архива отоларингологической клиники I ММИ и наши собственные наблюдения подтверждают частое наличие зависимости между хроническим тонзиллитом и нефритами. Хронический тонзиллит затрудняет и задерживает излечение нефритов, в некоторых случаях способствует прогрессированию болезни и переходу ее в хроническую форму.

По нашим данным, ангина и хронический тонзиллит явились непосредственной причиной заболевания почек у 104 из 130 человек, т. е. в 80%. Отсюда следует естественный вывод, что для успешного лечения нефрита необходимо активное предварительное лечение патологически измененных небных миндалин. Это подтверждается нашими наблюдениями отдаленных результатов тонзиллэктомии у больных с заболеваниями почек. Своевременное лечение хронического тонзиллита является действенной мерой профилактики метатонзиллярных заболеваний почек. Поэтому весьма важно обязательное специальное отоларингологическое обследование всех больных с заболеваниями почек и мочевых путей с целью профилактического выявления у них наличия хронического тонзиллита и рационального лечения.

Тонзиллэктомия играет большую роль как эффективный метод профилактики возникновения рецидивов и прогрессирования болезни почек.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хронический тонзиллит и его обострение в 80% явились причиной нефрита и заболеваний мочевых путей. По нашим данным, хронический тонзиллит как этиологический фактор нефрита занимает первое место среди других причин.

Хронический тонзиллит ухудшает течение нефрита и создает неблагоприятные условия для его лечения. Обострения хронического тонзиллита способствуют прогрессированию болезни почек и переходу заболевания в хронические формы.

Показания к операции тонзиллэктомии должны ставиться совместно отоларингологом и терапевтом при условии индивидуальной оценки состояния почек и их работоспособности, ежедневного контроля анализов мочи и кровяного давления за несколько дней до операции. Во избежание тяжелых обострений нефрита, грозящих уремией, не следует оперировать до того, как все признаки острого процесса или обострения нефрита и тонзиллита купировались.

С целью профилактики кровотечений и возможных обострений процесса или уменьшения их тяжести желательно назначать в предоперационном периоде препараты кальция, антибиотики, витамин С и К.

В ближайшем послеоперационном периоде мы наблюдали у 102 больных обострение процесса в почках (81,6%), из них у 70 больных I степени, у 25 — II степени и у 7 — III степени. Большинство обострений оказалось быстро преходящими.

По нашим данным, после тонзиллэктомии при хроническом тонзиллите и нефрите получено 64,6% выздоровлений, 16,7% улучшений и в 14,7% состояние больных осталось без перемен. Выздоровление чаще наблюдалось

при остром диффузном и очаговом нефритах, реже при хроническом нефрите. Это позволяет нам рекомендовать обязательное обследование отоларингологом всех больных нефритами для выявления хронического тонзиллита. Всем больным нефритами, у которых диагностирован хронический тонзиллит, показана тонзиллэктомия. Конечно, момент выбора времени для операции зависит от общего состояния больного и стадии процесса. Чем раньше с момента заболевания почек произведена тонзиллэктомия, тем лучшие результаты могут быть получены. Но операция показана лишь после затихания острого процесса или обострения хронического как в почках, так и в миндалинах.

Выявление и своевременное хирургическое лечение хронического тонзиллита при заболеваниях почек, несомненно, должны быть рекомендованы с целью профилактики рецидивов нефрита и ухудшений его течения, а также для облегчения его последующего лечения терапевтами.

Тонзиллэктомия может способствовать проявлению латентных форм нефритов, дающих обострение в послеоперационном периоде.

Тонзиллэктомия не является средством лечения нефрита, но она способствует эффективности медикаментозного, диетического и климатического лечения почек.

ЛИТЕРАТУРА

Акерс М. Р. Сборник научных работ Латвийск. республиканской клинической больницы. Рига, 1960, т. I, стр. 272.

Арустамова А. Т. Ж. теорет. и практ. мед., 1930, т. 4, кн. 1, стр. 89.

Арутюнов А. А. Сборник трудов Армянск. республиканской клинической б-цы, 1957, т. I, стр. 469.

Арутюнян А. А., Шукурян К. Г., Асланян Г. Г. Тезисы докл. 1-й научн. конфер. отоларингологов республики Закавказья. Ереван, 1955, стр. 17.

Асписов П. Н. К вопросу о внутрисекреторной функции глоточной миндалины. Дисс. канд. М., 1946.

Ашуров Н. В. В кн.: Тезисы докл. 4-й научн. конфер. аспирантов и ординаторов Душанбинск. мед. ин-та. Душанбе, 1955, стр. 3—4.

Бабенко О. В. и Московченко Н. А. Материалы научных заседаний Харьковск. научн. мед. об-ва. Харьков, 1958, стр. 16.

Бабицкая М. С. Клин. мед., 1940, т. 18, № 5, стр. 45.

Баранова Л. И. и Брайнина Р. Я. Вестн. отоларингол., 1951, № 6, стр. 37.

Бари А. А. Ж. ушных, нос. и горл. бол., 1960, № 5, стр. 45.

Беляев А. В. Вестн. ушн., горл. и нос. бол., 1909, № 2—5, стр. 97, 280, 370.

Бернер В. А. и Эйгес С. Н. Сов. врач. газ., 1933, № 7, стр. 236.

Бернет Ф. М. Целостность организма и иммунитет. М., 1964.

Благовещенский Н. А. В кн.: Здравоохранение Юго-Восточной жел. дор. Воронеж, 1939, сб. 1, стр. 115.

Блюм И. Б. О тонзиллярной проблеме. Ташкент, 1934.

Богомильский Р. Д. Труды III съезда отоларингологов УССР. Киев, 1965, стр. 203.

Богомильский Р. Д. и Левина С. М. Вестн. оториноларингол., 1961, № 2, стр. 63.

Бондаренко М. Н. Вестн. оториноларингол., 1955, № 1, стр. 61.

Боткин С. П. Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции. Т. I, 2. М., 1950.

Браиловский Я. З. Вестн. оториноларингол., 1951, № 6, стр. 41.

Браиловский Я. З., Сыркина С. С. Вестн. оториноларингол., 1938, № 4, стр. 370.

Браун А. В. Программа 3-й Казахск. республ. научн. конфер. патанатомов. Алма-Ата, 1961, стр. 28.

Буссель Л. Г. Характеристика стрептококков небных миндалин больных хроническими и острыми тонзиллитами. Автореф. дисс. Алма-Ата, 1961.

Быков К. М. Кора головного мозга и внутренние органы. М.—Л., 1944.
Быков К. М., Курцин И. Т. Клин. мед., 1951, № 9, стр. 12.
Валентинович А. А. Педиатрия, 1964, № 9, стр. 3.
Вальдман В. А. В кн.: Научн. конфер. по тонзиллярн. проблеме. Тезисы докладов. Л., 1955, стр. 31—34.
Вербов С. Урология, 1928, т. 5, в. 2(20), стр. 72.
Верховский Б. В. В кн.: Сборник трудов, посвящ. 35-летию деятельности заслуж. деят. науки В. И. Воячека. Л., 1936, стр. 217.
Виленский Л. И. Сов. мед., 1938, № 24, стр. 3.
Виноградов В. Н., Благман Г. Ф. и Мотылева Л. Л. Клин. мед., 1937, т. 15, № 5, стр. 606.
Виноградов В. Н., Грушина Е. Ф. и др. Тер. арх., 1936, т. 14, в. 2, стр. 325.
Вовси М. С. Клин. мед., 1942, т. 20, № 11—12, стр. 32.
Вовси М. С., Благман Г. Ф. Нефриты и нефрозы. М., 1955.
Вовси М. С., Стоцик Н. Л. Тер. арх., 1933, т. 11, в. 7—8, стр. 680, 687.
Волынский С. М. Врач. дело, 1953, № 3, стр. 259.
Вольфкович М. И. Педиатрия, 1949, № 6, стр. 35.
Воячек В. И. Сов. врач. газ., 1933, № 7, стр. 203.
Первая Всероссийская конференция оториноларингологов 6—8/VII 1956 г. в г. Москве. Вестн. оторинолар., 1956, № 6, стр. 82.
1-я Всероссийская конференция оториноларингологов 6—8/VII, 1956 г. Тезисы докл. М., 1956, стр. 96.
Всесоюзное совещание по борьбе с ангиной. Тезисы докл. М., 1954, стр. 154.
Вульфсон С. И., Малышева И. А. Вестн. оторинолар., 1951, № 6, стр. 43.
Гешелин А. И. Труды II съезда отоларингологов УССР. Киев, 1950, стр. 55.
Гиляревский С. А., Андросова С. О. Вопр. ревматизма, 1964, № 1, стр. 51.
Гиляревский С. А., Гельфон А. М. Тер. арх., 1933, т. 11, в. 4, стр. 256.
Гинзбург А. Л., Луковский Л. А. В кн.: Тонзиллярная проблема. Днепропетровск, 1941, стр. 148.
Гинзбург А. Л., Фишман Р. М. В кн.: Тонзиллярная проблема. Днепропетровск, 1941, стр. 9.
Глауберман С. Б. Тезисы докл. расширенного пленума правления Всесоюзного научного общества оториноларингологов. М., 1964, стр. 28.
Глущенко А. Г., Фридьева Н. А. Труды Омск. отделения Всероссийского общества отоларингологов. Омск, 1960, стр. 119.
Гнатюк А. И. Педиатрия, 1964, № 9, стр. 11.
Гнатюк А. И. Сов. мед., 1964, № 12, стр. 36.
Голланд Б. С. Вестн. оториноларингол., 1938, № 5, стр. 555.
Гольдманович М. К. Ж. ушн., нос. и горл. бол., 1937, т. 14, № 2, стр. 158.
Гращенков Н. И. Цит. по Шумскому И. С. О диагностике хронического тонзиллита. Дисс. докт. Ташкент, 1944.
Гренадер А. Б. Здравоохр. Белоруссии, 1956, № 11, стр. 62.
Григ М. Г. Вестн. оториноларингол., 1953, № 5, стр. 55.

Григ М. Г. Вестн. оториноларингол., 1956, № 3, стр. 22.
Григ М. Г. Тезисы докл. V съезда оториноларингологов СССР. М., 1958, стр. 186.
Григ М. Г., Суслова Л. Н., Нечаева Е. Е. Расширенный пленум правления Всесоюзного научного общества оториноларингологов. Тезисы докладов. М., 1964, стр. 16.
Гюллинг Э. В. Ж. ушн., нос. и горл. бол., 1964, № 3, стр. 77.
Гюльхасян А. А. Материалы о патогенезе ангин, лечении хронического тонзиллита и его осложнений. Автореф. дисс. Ереван, 1958.
Данилов И. П. Здравоохр. Белоруссии, 1961, № 4, стр. 55.
Дегтярева З. Х. Казанск. мед. журн., 1941, № 2, стр. 60.
Декуссар-Гоцкая В. Д. Труды Кишиневск. мед. ин-та. Кишинев, 1949, стр. 344.
Дернберг. Цит. по Виноградову В. Н. и др. Тер. арх., 1936, т. 14, в. 2, стр. 325.
Донсков В. В. Мед. бюлл., 1944, № 7, стр. 108.
Дубовый Е. Д., Бендерская А. С., Бендер И. О., Ольшановский Е. И. Педиатрия, 1941, № 2, стр. 50.
Дубровский А. Вестн. риноларингоотиатрии, 1928, № 2, стр. 215.
Егоров Б. А. Клин. мед., 1928, № 14, стр. 855.
Еленевский К. Ф., Дуткевич Е. А., Розенгауз Д. Е. Ж. ушн., нос., и горл. бол., 1939, т. 16, № 2, стр. 146.
Ермолаев В. Г. Вестн. оториноларингол., 1957, № 2, стр. 55.
Ермолаев В. Г. Расширенный пленум правления Всесоюзного научного общества оториноларингологов. Тезисы докл. М., 1964, стр. 8.
Ермолаев В. Г., Борщевская Е. А. Вестн. оториноларингол., 1952, № 6, стр. 40.
Ермолаев В. Г., Зак В. Н., Шкляр Д. А. Сов. врач. газ., 1936, № 1, стр. 23.
Жордания Т. С. Расширенный пленум правления Всесоюзного научного общества оториноларингологов. Тезисы. докл. М., 1964, стр. 14.
Зак В. Н. Русск. отоларингол., 1928, № 4, стр. 301.
Зак В. Н. Ж. ушн., нос. и горл. бол., 1933, т. 10, № 6, стр. 46.
Зак В. Н. Клин. мед., 1933, № 3—4, стр. 188.
Зак В. Н. Русская отоларингология, 1928, № 4, стр. 293.
Зак В. Н. Вестн. сов. оториноларингол., 1935, № 2, стр. 173.
Зак В. Н., Карпов Н. А. Вестн. оториноларингол., 1947, 2, стр. 87.
Захарьин Г. А. Клинические лекции. М., 1910.
Каминскене Р. О. Труды Ин-та экспер. медиц. АН Литовск. ССР. Вильнюс, 1961, т. 7, стр. 137.
Каплан Я. Б., Кантин А. В. Вестн. оториноларингол., 1949, № 1, стр. 62.
Каплан Я. Б., Ларионова Л. Ф. Вестн. оториноларингол., 1940, № 2—3, стр. 25.
Карпов Н. А. О механизме тонзиллогенных процессов. Л., 1945.
Карпова-Рассоха Л. Г. Вестн. оториноларингол., 1950, № 5, стр. 59.
Кацнельсон Е. Н. Вестн. оториноларингол., 1951, № 4, стр. 61.
Квитницкий М. Е. Труды III съезда отоларингологов УССР. Киев, 1965, стр. 160.

Кирко В. В. Диагностика и лечение хронических тонзиллитов. Автореф. дисс. канд. Алма-Ата, 1952.
Кирко В. В. Здравоохр. Казахстана, 1954, № 4, стр. 25.
Клементьева М. С. Труды III съезда отоларингологов УССР. Киев, 1965, стр. 158.
Книга А. Н. Здравоохр. Белоруссии, 1955, № 9, стр. 33.
Ковалева Л. М. Материалы Межобластной научной конференции отоларингологов в г. Кургане, 20—23/IX 1965 г. Л., 1965, стр. 62.
Ковалевич В. М. 2-я Северо-Кавказск. конференция отоларингологов. Ростов-на-Дону, 1965, стр. 258.
Козицкая К. Н. Труды II съезда отоларингологов УССР. Киев, 1950, стр. 122.
Козицкая К. Н. Хирургическое лечение хронических тонзиллитов тонзиллэктомией и отдаленные результаты этой операции по данным клиники болезней уха. горла и носа Киевск. медицинского ин-та. Дисс. канд., Киев, 1954.
Козлова А. Мед. газ., 1963, 22 февр., стр. 3.
Козловская М. П. Тонзиллиты в клинике внутренних болезней. Дисс. канд. Харьков, 1949.
Комендантов Л. Е. Вестн. риноларингоотиатрии, 1927, 3—4, 382—390.
Константинова Н. П. Вестн. оториноларингол., 1951, № 6, стр. 54.
Корицкий А. М. Врач. дело, 1928, № 5, стр. 365; № 21, стр. 1653; № 22, стр. 1748.
Корсаков И. В. Ж. ушн., нос. и горл. бол., 1934, т. II, № 4, стр. 422.
Корсаков И. В. Ж. ушн., нос. и горл. бол., 1938, т. 15, № 3, стр. 261.
Корсаков И. В. Сборник трудов I Всесоюзной конфер. по склероме. Минск, 1940, стр. 246.
Корсаков И. В. Тр. II съезда отоларингологов УССР. Киев, 1950, стр. 69.
Котельникова Е. П., Фельдман М. Г., Державина Т. М. Педиатрия, 1956, № 5, стр. 39.
Коц Я. Л. Сборник трудов клиники болезней уха, горла и носа Душанбинск. мед. ин-та. Душанбе, 1945, стр. 92.
Крахт С. В. Врач. дело, 1956, № 11, стр. 1183.
Кремнев Н. Н. Поверхностная чувствительность небных миндалин человека. Ташкент, 1937.
Кремнев Н. Н. Вестн. оториноларингол., 1952, № 6, стр. 45.
Кубланова П. С. Сов. мед., 1955, № 2, стр. 71.
Кутырин М. М. Тер. арх., 1933, т. 11, в. 4, стр. 249.
Кутырин М. М. Тонзиллярная проблема в клинике внутренних болезней. Дисс. докт. М., 1950.
Лебедев Д. Д., Долгополова А. В. Хронический тонзиллит у детей. М., 1961.
Левин Л. Т. Сов. врач. газ., 1933, № 7, стр. 206.
Левин Л. Т. Вестн. сов. оториноларингол., 1935, № 2, стр. 118.
Левин Л. Т. Сборник трудов IV Всесоюзн. съезда оториноларингологов. М., 1937, стр. 67.
Литвак Ф. И. Клин. мед., 1939, т. 17, № 7, стр. 43.

Лифшиц Б. М. Труды III съезда отоларингологов УССР. Киев, 1965, стр. 237.
Лихачев А. Г. Вестн. сов. оториноларингол., 1946, № 5, стр. 32.
Лихачев А. Г. В кн.: Болезни уха, горла и носа. М., 1950, стр. 305.
Лихачев А. Г. В кн.: Многотомное руководство по оториноларингологии. М., 1960, т. 1, стр. 396.
Лобанова В. Г. Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1960, № 7, стр. 69.
Ловцкий Я. А., Шулутко И. Б. Сов. врач. газ., 1934, № 19, стр. 1393.
Логинова В. Н. В кн.: Вопросы ревматизма. Волгоград, 1964, стр. 295.
Лопотко И. А., Лакоткина О. Ю. Острый и хронический тонзиллит. Их осложнения и связь с другими заболеваниями. Л., 1963, библиогр.
Лосева Д. В. К вопросу об изменениях в организме при хроническом тонзиллите. Автореф. дисс. Симферополь, 1955.
Лосева Д. В. Тезисы докл. научной сессии Крымск. мед. ин-та, Симферополь, 1953, стр. 83.
Луковский Л. А. Труды II съезда отоларингологов УССР. Киев, 1950, стр. 113.
Луковский Л. А. Вестн. оториноларингол., 1955, № 2, стр. 3.
Луковский Л. А. В кн.: Многотомное руководство по оториноларингологии. М., 1963, т. 3, стр. 358.
Луковский Л. А. Труды III съезда отоларингологов УССР. Киев, 1965, стр. 89.
Маломуж Ф. Ф. Педиатрия, 1951, № 6, стр. 56.
Мамиконян Р. С. Проницаемость капилляров и функциональное состояние почек при их патологии. Автореф. дисс. Ереван, 1955.
Матешвили Г. И. Труды Ин-та клинической и экспериментальной кардиологии. Тбилиси, 1954, т. 3, стр. 275.
Меселевский Ф. М. Труды Харьковск. мед. ин-та и Ин-та вакцин и сывороток им. И. Н. Мечникова. Харьков, 1960, в. 53, стр. 121.
Миньковский А. Х. Ангина. М., 1950.
Митрохина Н. М. Аллергия при хроническом тонзиллите и разработка метода комплексной десенсибилизирующей терапии. Автореф. дисс. М., 1963.
Михайловский С. В. Ж. ушн. нос. и горл. бол., 1938, т. 15, № 6, стр. 608.
Мишарин А. П. Мед. бюлл., 1944, № 5, стр. 34.
Млечин Б. М. Вестн. оториноларингол., 1963, № 3, стр. 76.
Молотков В. Г. Новости медицины, в. 31. Болезни почек. М., 1952, стр. 5.
Нестеров А. И. Врач. газ., 1926, № 23, стр. 1158; № 24, стр. 1208.
Нестеров А. И. К учению о кровеносных капиллярах и капилляроскопии. Томск, 1929.
Николаев П. Н. Сов. врач, 1935, № 15, стр. 1165.
Нихинсон А. Г. Материалы межобластной научной конфер. отоларингологов в г. Кургане 20—23/IX 1965 г. Л., 1965, стр. 61.
Ноткин Г. С. Сов. врач. газ., 1933, № 7, стр. 226.

Олейник С. Ф. Тонзиллогенные заболевания внутренних органов. Львов, 1960.
Оленова Д. М. В кн.: Современные проблемы стоматологии. М.—Л., 1935, стр. 387.
Орлеанский К. А. К вопросу об анатомии и хирургии миндалевидных желез. Дисс. докт. М., 1909.
Орлеанский К. А. Арх. отоларингол., 1934, № 1, стр. 38.
Орлова Е. Ф. Вестн. сов. оториноларингол., 1933, № 4, стр. 247.
Осипова П. В., Пигулевский Д. А. Тезисы докл. научной конференции по тонзиллярной проблеме. Л., 1955, стр. 14.
Остроумов А. А. Клинические лекции. М., 1895.
Пежарская В. В., Бабицкая М. С. Тер. арх., 1936, т. 14, в. 4, стр. 665.
Пигулевский Д. А. Вестн. АМН СССР, 1960, № 1, стр. 44.
Пигулевский Д. А. В кн.: Новые методы диагностики, лечения и профилактики важнейших заболеваний. Тезисы докл. М., 1961, стр. 27.
Пинегина Н. Л., Марченко В. И. Труды III съезда отоларингологов УССР. Киев, 1965, стр. 219.
Пискун А. И. Вестн. оториноларингол., 1952, № 6, стр. 34.
Погосов В. С., Скуркович Г. В., Фирфарова О. В. В кн.: Актуальные проблемы неотложной хирургии и острой травмы. М., 1960, стр. 28.
Попов Н. А. Русская клиника, 1930, № 14, стр. 285.
Попов Х. В. Вторая Северокавказск. конфер. отоларингологов. Ростов-на-Дону, 1965, стр. 280.
Потапов А. А. Риноларингоотиатрия, 1926, № 2.
Потапов А. А. Труды Научно-исслед. ин-та физиологии дыхательных путей. Волгоград, 1934, т. 1, стр. 277.
Преображенский Б. С. Тер. арх., 1933, т. II, в. 4, стр. 225.
Преображенский Б. С. В кн.: Отоларингологический сборник, посвященный 40-летию Л. И. Свержевского. М.—Л., 1937, стр. 303.
Преображенский Б. С. Арх. оториноларингол., 1938, № 3, стр. 80.
Преображенский Б. С. Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1956, № 8, стр. 8.
Преображенский Б. С. Ошибки в диагностике ангин. М., 1956.
Преображенский Б. С. Тезисы докл. Расширенного пленума правления Всесоюзного научного общества оториноларингологов. М., 1964, стр. 5.
Преображенский Б. С. Вестн. оториноларингол., 1964, № 5, стр. 7.
Преображенский Б. С., Заседателев Б. Ф. Арх. отоларингол., 1934, № 1, стр. 48.
Пржецехтел А. Вестн. оториноларингол., 1956, № 3, стр. 3.
Пытель А. Я. Тезисы докл. Республиканск. конференции урологов. Киев, 1960, стр. 107.
Пытель А. Я., Голигорский С. Д. Клин. мед., 1964, т. 42, № 8, стр. 7.
Пытель А. Я., Голигорский С. Д. Урология, 1964, № 2, стр. 67.

Пятницкий Н. Н. Сов. здравоохр. Киргизии, 1961, № 3, стр. 29.
Пятницкий Н. Н., Быкова В. П., Липко Т. З. Арх. пат., 1961, т. 23, № 5, стр. 27.
Разумова Е. П. Клин. мед., 1927, т. 5, № 15, стр. 834.
Резник И. Е. Ж. ушн., нос., и горл. бол., 1961, № 1, стр. 78.
Резолюция по проблеме «Патология почек». Труды I Всероссийского съезда терапевтов. М., 1960.
Рейзельман С. Д. Клин. мед., 1938, № 6, стр. 689.
Рейзельман С. Д. Диффузный нефрит (острый и хронический). Киев, 1949.
Решение Всесоюзного совещания по борьбе с ангиной, проходившего в Москве с 8—11/VII 1954 г. Вестн. оториноларингол., 1955, № 1, стр. 85.
Рогинская Ц. А. Сов. здравоохр. Киргизии, 1955, № 3, стр. 23.
Розенблат М. С. Ж. ушн., нос. и горл. бол., 1935, т. 12, № 4, стр. 433.
Рудаков В. О. Сов. врач. газ., 1933, № 7, стр. 213.
Рыскин С. И. Труды 1-й Межобластной конференции отоларингологов. Новгород, 1957, стр. 34.
Сагалович Б. М. Труды научной конфер. по проблеме ревматизма. М., 1957, стр. 116.
Сагалович Б. М. Труды VII итоговой сессии Московск. научно-исслед. ин-та уха, горла и носа. М., 1959, в. II, стр. 25.
Сафрай С. С. Сов. врач. газ., 1933, № 7, стр. 228.
Сахаров П. П., Гудкова Е. И. Вестн. оториноларингол., 1955, № 2, стр. 11.
Свечников И. Н., Чернозерский А. С. Врач. дело, 1928, № 17, стр. 1362.
Свечникова Э. Л. Труды Ин-та микробиологии и вирусологии АН Казахской ССР. 1961, т. 4, стр. 186.
Сигал А. М. Сов. мед., 1941, № 12, стр. 23.
Сидиков У. В. Микрофлора зева и миндалин при ангине и хроническом тонзиллите. Автореф. дисс. М., 1956.
Симановский Н. П. Вестн. ушн., нос. и горл. бол., 1910, стр. 1; 154; 677; 759.
Скульский Н. А. Капилляроскопия и капилляротонометрия. М.—Л., 1930.
Смочилин Б. Е. Вестн. оториноларингол., 1951, № 6, стр. 32.
Солдатов И. Б. Нервный аппарат миндалин в норме и патологии. Куйбышев, 1962.
Сперанский А. Д. В кн.: Нервная трофика в теории и практике медицины. М., 1936, сб. 2, стр. 5.
Степанова В. С. Вестн. оториноларингол., 1949, № 1, стр. 58.
Струков А. И. Серов В. В. Тер. арх., 1960, т. 32, в. 12, стр. 15.
Сура В. В. К вопросу о происхождении альбуминурии при амилоидном нефрозе. Автореф. дисс. М., 1953.
Талалаев В. Т., Зак В. Н. Ж. ушн., нос. и горл. бол., 1928, т. 5, № 1—4, стр. 113—123.
Тамаркина М. Л., Тезисы докл. конфер. молодых научных сотрудников Центрального научно-исслед. ин-та оториноларингологии. М., 1949, 10—12/XI 1949 г., стр. 5.
Тареев Е. М. Болезни почек. Функциональная патология, клиника и лечение брайтовой болезни. М.—Л., 1936.

Тареев Е. М. В кн.: Новости медицины. В. 31. Болезни почек. М., 1952, стр. 20.
Тареев Е. М., Соловьева Л. М. Сов. мед., 1948, № 12, стр. 7.
Темкин Я. С. Педиатрия, 1951, № 4, стр. 72.
Тихомирова Г. И. Вестн. оториноларингол., 1957, № 2, стр. 49.
Трутнев В. К. Труды Симпозиума по проблеме аллергии при тонзиллярных заболеваниях и ревматизме 23—24/II 1960 г. в г. Москве. М., 1960, стр. 38.
Ундриц В. Ф. Тезисы докл. Научной конференции по тонзиллярной проблеме. Л., 1955, стр. 15.
Ундриц В. Ф. В кн.: Проблема ангины, хронического тонзиллита и их осложнений. М., 1955, стр. 6.
Ундриц В. Ф., Дреннова К. А. Сов. врач. газ., 1933, № 7, стр. 210.
Уринсон Ю. П. Клин. мед., 1953, т. 31, № 11, стр. 85.
Уртаев М. И. Вестн. оториноларингол., 1939, № 6, стр. 15.
Фельбербаум Р. А. Тезисы докл. научной сессии Ленингр. ин-та уха, горла и носа 21—24/XII 1960 г. Л., 1960, стр. 18.
Фельдман С. П. Вестн. оториноларингол., 1948, № 1, стр. 72.
Фишман Г. А. В кн.: Новые методы диагностики, лечения и профилактики важнейших заболеваний. Тезисы докладов. М., 1961, стр. 26.
Фосс О. Сборник научных трудов, посвящ. проф. Л. Т. Левину. К 40-летнему юбилею. Л., 1935, стр. 53.
Хахам А. И. К вопросу о рентгенотерапии хронических рецидивирующих тонзиллитов. Хабаровск — Владивосток, 1950.
Цытович М. Ф. Вестн. сов. оториноларингол., 1935, № 2, стр. 148.
Цырлина Л. С., Пушкин В. З. 2-я Научн.-практич. конфер. отоларингол. Карельск. АССР. Тезисы докл. 11—13/II 1956 г. Петрозаводск, 1965, стр. 34—34.
Черногубов Б. А. Труды Басманной образцовой больницы. М., 1934, стр. 13.
Чеснокова К. С. Труды Омск. мед. ин-та. Омск, 1951, № 15, стр. 207.
Чирешкин Д. Г. Тезисы докл. V съезда отоларингологов СССР. М., 1958, стр. 207.
Чубаров Т. И. Клин. мед., 1937, т. 15, № 5, стр. 622.
Шапаренко Б. А. Воен.-мед. ж., 1953, № 3, стр. 39.
Шеремет-Щербак Н. Г. Анатомо-гистологические изыскания по вопросу о капсуле небной миндалины. Дисс. канд. М., 1947.
Шумский И. С. О диагностике хронического тонзиллита. Дисс. докт. Ташкент, 1944.
Щербатов И. И. В кн.: Сборник Казанских клиник болезней носа, горла и ушей. Казань, 1931, в. 2, стр. 201.
Эйгес С. Н., Локткина О. Ю. Сов. врач. газ., 1933, № 7, стр. 232.
Эйгес С. Н., Розенфельд С. К. Сов. врач. газ., 1933, № 7, стр. 221.
Эйгес С. Н., Штейнман К. Б. Ж. ушн., нос. и горл. бол., 1928, т. 5, № 1—4, стр. 240.
Элькинд В. Г. Сборник трудов хирургической клиники I Московск. мед. ин-та. М., 1938, стр. 158.
Элькинд В. Г. Вестн. оториноларингол., 1947, № 4, стр. 28.

Юдина Л. В. Вестн. оториноларингол., 1961, № 2, стр. 64.
Ярославский Е. И. Труды II съезда оториноларингологов УССР. Киев, 1950, стр. 95.
Ярославский Е. И. Труды Омск. мед. ин-та. Омск, 1951, т. 15, стр. 185.
Ятнек М. А. Клин. мед., 1934, т. 12, № 1, стр. 105.

Adams W. et al. Цит. по: Пржецехтел А. Вестн. оторинолар., 1956, № 3, стр. 3.
Alonso J. L'oto-rhino-laryngol. internat., 1951, v. 39, № 3, 105.
Alport A. C., Edin, Lond M. R. C. P. Lancet, 1932, v. 1, N 5676, p. 1247.
Anderson. Цит. по: Пржецехтел А. Вестн. оториноларингол., 1956, № 3, стр. 3.
Axenfeld H. Wien. Klin. Wschr., 1950, 45, 845—847.
Babics A. and Rényi-Vámos F. Clinical and theoretical pictures of some renal diseases. Budapest, 1964.
Bach O. В кн.: Transactions of the 9-th Nordic Congress for otolaryngology. Helsingfors, 1944, p. 153.
Baretto M. L'oto-rhino-laryngol. internat., 1948, v. 32, p. 160.
Bennholdt-Thomsen C. Arch. Ohren — Nasen und Kehlkopfheilk., 1950, Bd. 156, S. 319.
Best H. Zbl. inn. Med., 1936, Bd 40, S. 841.
Bilancioni. Ann. Mal. Oreil. Larynx., 1930, v. 49, p. 70.
Borri C. Valsalva, 1928, v. 7, p. 342.
Brahme L. Acta med. scand. (Stockholm), 1931, v. 75, p. 123. Ref.: Zbl. f. Hals, Nasen u. Ohrenheilk., 1932, Bd 17, S. 447.
Brod J. Die Nieren. Physiologie, klinische Physiologie und Klinik. Berlin, 1964.
Brunetti F. Ann. des malades de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx, 1950, v. 49, p. 66—68.
Brunner A. Schweizerisch. med. Wschr., 1957, Bd 87, S. 803.
Bystrazanowska T. Otolaryngologia Polska, 1954, v. 8, p. 101.
Calaméda. Ann. des malades de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx , 1930, v. 49, p. 73.
Citelli. Ann. des malades de l'oreille. du larynx, du nez et du pharynx, 1930, v. 49, p. 70.
Cremonesi G., Germinale T. Minerva otorinolaryngol., 1956, v. 6, p. 321.
Denks H. Klin. Wschr., 1929, Bd. 8, S. 618.
Dickson, Dalziel E. D. J. Laryng., 1925, v. 40, p. 530.
Dietrich und Link. Цит. по: Михайловский С. В. Ж. ушн., нос. и горл. бол., 1938, т. 15, № 6, стр. 608.
Digby. Цит. по: Михайловский С. В. Ж. ушн., нос. и горл. бол., 1938, т. 15, № 6, стр. 608.
Durif M. M., Chaumerlac C. F. Ann. Oto-laryngol. Bull. Soc. laryngol. des hôp. de Paris, 1934, p. 747.
Eckert-Möbius A. Die chronische Tonsillitis und ihre Verwicklungen. Leipzig, 1950.
Eckert-Möbius A. Med. Klin., 1951, Bd. 46, S. 257.
Erdelyi J. Mtschr. f. Ohrenheilk., 1962, Bd. 96, S. 450.
Evers C. C., Watson W. R. Laryngoscope, 1925, v. 35, p. 210.
Ferri G. Ann. Mal. Oreil. Larynx, 1930, v. 49, p. 70.

Fischer A., Sellei C., Weisz R. Acta med. Scand., 1949, v. 133, № 6, p. 394.
Fraser R. H., Roderick C. E., Williams J., Maxon I. Arch. Physic. Ther., 1931, v. 12, p. 3.
Gladis-Boy. Цит. по: Лебедев Д. Д. и Долгополов А. В. Хронический тонзиллит у детей. М., 1961, стр. 140.
Günnel F. Arch. f. Ohren-Nasen und Kehlkopfheilk., 1954, Bd. 166, S. 18.
Hayashi Y., Akira K. Otologia (Tokyo), 1935, v. 8, p. 931; Ref.: Zbl. f. Hals. Nasen u. Ohrenheilk., 1936, Bd. 25, S. 675.
Hellman. Цит. по: Михайловский С. В. Ж. ушн., нос. и горл., бол., 1938, т. 15, № 6, стр. 608.
Hinsberg V. A. Zschr. f. Hals-Nasen-Ohrenheilk., 1933, Bd. 33, S. 77.
Illingworth R. S., Leeds M. D. Lancet, 1939, v. 237, N 6063, p. 1013.
Jakobfi I. Hals,-Nasen,-Ohrenheilk., 1962, Bd. 10, S. 317.
Joesten J. Zur Ätiologie der Nephritis. Diss. doct. Köln-Ehrenfeld, 1898.
Jones, Porter. Ann. Otol., 1928, v. 37, p. 954.
Kayser-Petersen J. E., Schwab E. Münch. med. Wschr., 1922, Bd. 16, S. 580.
Kô, Shaulong. Jap. J. med. Sci., 1931, Trans 12, p. 125.
Kollert V., Suchanek E. Wien. Klin. Wschr., 1928, Bd. 41, S. 620.
Kraus M. Pract. otorhino-laryngol., 1952, v. 14, p. 158.
Kustra T. Čas. Lek. čes., 1937, p. 1551. (Slowakisch). Ref.: Zbl. f. Hals, Nasen u. Ohrenheilk., 1938, Bd. 30, S. 193.
Lenar L. Gazz. Osp. Clin., 1926, v. 50, p. 1177. Ref.: Zbl. f. Hals, Nasen u. Ohrenheilk., 1927, Bd. 10, S. 675.
Limito C. Osped. maggiore (Milano), 1936, v. 24, p. 60. Ref. Zbl. f. Hals, Nasen u. Ohrenheilk., 1937, Bd. 27, S. 209.
Liveriero E. Otol. ecc. Ital., 1933, v. 3, p. 45. Ref.: Zbl. f. Hals, Nasen u. Ohrenheilk., 1934, Bd. 21, S. 194.
Lott H. H. Surg. Clin. N. Amer., 1924, v. 4, p. 66.
Lüscher E. Schweiz. med. Wschr., 1934, Bd. 44, S. 1001.
Luhmann H. Der Einfluss der Tonsillectomie auf Nephritis und Polyarthritis rheumatica. Diss. Würzburg, 1938.
Lumio J. Acta oto-laryngol., 1952, v. 42, p. 113.
Maduro R. Pathologie de l'amygdale. Angines aigues, banales et specifiques et leurs complications, infections chroniques, tumeurs. Paris, 1953.
Malan A. Ann. Mal. Oreil. Larynx, 1930, v. 49, p. 68.
Malecki J., Grande J. Mtschr. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinol., 1956, Bd. 90, S. 230.
Masugi M. Klin. Wschr., 1935, Bd. 14, S. 373.
Mazzavell. Ann. Mal. Oreill. Larynx, 1930, v. 49, p. 73.
Mittermaier. Med. Klin., 1950, Bd. 18, S. 553.
Morawitz P., Schoen R. Klin. Wschr., 1930, Bd. 9, S. 629.
Morse J. Arch. Pediatr., 1952, v. 69, p. 450.
Moure L. Bull. de l'Acad. Méd., Paris, 1933, v. 109, p. 702.
Neumann R. Zur Frage der Nierenbeteilingung bei Anginen. Diss, Marburg, 1935.
Parkinson R. Tonsil and allied problems. New York, 1951.

Peace. Brit. med. J., 1926, v. 1, N 3392, p. 17.
Platt R. Quart. J. Med., 1932, v. 1, p. 499.
Precechtel. A. Casopis lekaru českuch, 1936. Ann. Oto-laryng. Bull. de la Soc. de laryngol. des hôp. de Paris, 1938, v. 4, p. 378.
Proceedings of the 4th International Congress of otolaryngology. London, 1949; 1951, v. 1—2, p. 998.
Rasmussen H. Hosp. tid., 1937, p. 191. (Dänisch). Ref.: Zbl. f. Hals, Nasen u. Ohrenheilkunde, 1937, Bd. 29, S. 20.
Reilly J. Le rõle du Systeme nerveux en pathologie renale, Paris, 1942.
Reitter K. В кн.: Dimmer F. Dringliche Diagnosen in der Augenheilkunde. Wien, 1925, S. 13.
Robecchi A. Acad. Med. Torino, 1931, v. 94, p. 198. Ref.: Zbl. f. Hals, Nasen u. Ohrenheilkunde, 1932, Bd. 18, S. 478.
Robecchi A. Minerva med. (Torino), 1931, v. 22, p. 349. Ref.: Zbl. f. Hals, Nasen u. Ohrenheilk., 1932, Bd. 17, S. 836.
Rohleder. Die Enderfolge der Tonsillectomie bei bestimmten inneren Erkrankungen mit einem kurzen Überblick über die Bedeutung der Tonsillen für den menschlichen Körper. Diss. Königsberg, 1930.
Sainz P. P., Pardo J. Arch. Med. infant. Hosp. univ., 1936, v. 5, p. 162. Ref.: Zbl. f. Hals, Nasen u. Ohrenheilk., 1937, Bd. 27, S. 163.
Schlander E. Wien. klin. Wschr., 1952, Bd. 102, S. 224.
Schürmann F. Practica oto-rhino-laryngol., 1954, v. 16, p. 153.
Schütz W. Arch. f. Ohren, Nasen und Kehkopfheilk., 1935, Bd. 139, S. 198.
Segura E., Viton J. Ref. Ass. med. Argentina, 1925, v. 38, p. 239; 485. Ref.: Zbl. f. Hals, Nasen u. Ohrenheilk., 1927, Bd. 10, S. 277.
Smith P., Bailay C. Arch. Pediat., 1923, v. 40, p. 525.
Spinelli. Policlinico Sez. chir., 1931, v. 38, p. 506. Ref.: Zbl. f. Hals, Nasen u. Ohrenheilk., 1932, Bd. 18, S. 18.
Spreng L. Erfahrungen über den Einfluss der Tonsillectomie auf innere Erkrankungen und ihre Dauererfolge. Diss., Gross Gerau, 1932.
Tillich. Dtsch. med. Wschr., 1940, Bd. 66, S. 1095.
Törne. Acta oto-laringol., 1927, v. 10, p. 477.
Torrigiani. Ann. Laring., 1938, v. 38, p. 62. Ref.: Zbl. f. Hals, Nasen u. Ohrenheilk., 1938, Bd. 31, S. 258.
Vaitkevičiute H. Practica oto-rhino-laryng., 1952, v. 14, p. 367.
Vilar S., Ferrer E. Rev. Esp. amer. Laring., 1929, v. 20, p. 385. Ref.: Zbl. f. Hals, Nasen u. Ohrenheilk., 1930, Bd. 15, S. 301.
Wallgren A. Acta otolaryng., 1929, v. 13, p. 140.
Weiss E. Ztschr. klin. Med., 1917, Bd. 84, S. 159.
Wichert. Münch. med. Wschr., 1926, Bd. 46, S. 1926.

ОГЛАВЛЕНИЕ

33 коп.

МЕДИЦИНА · 1967